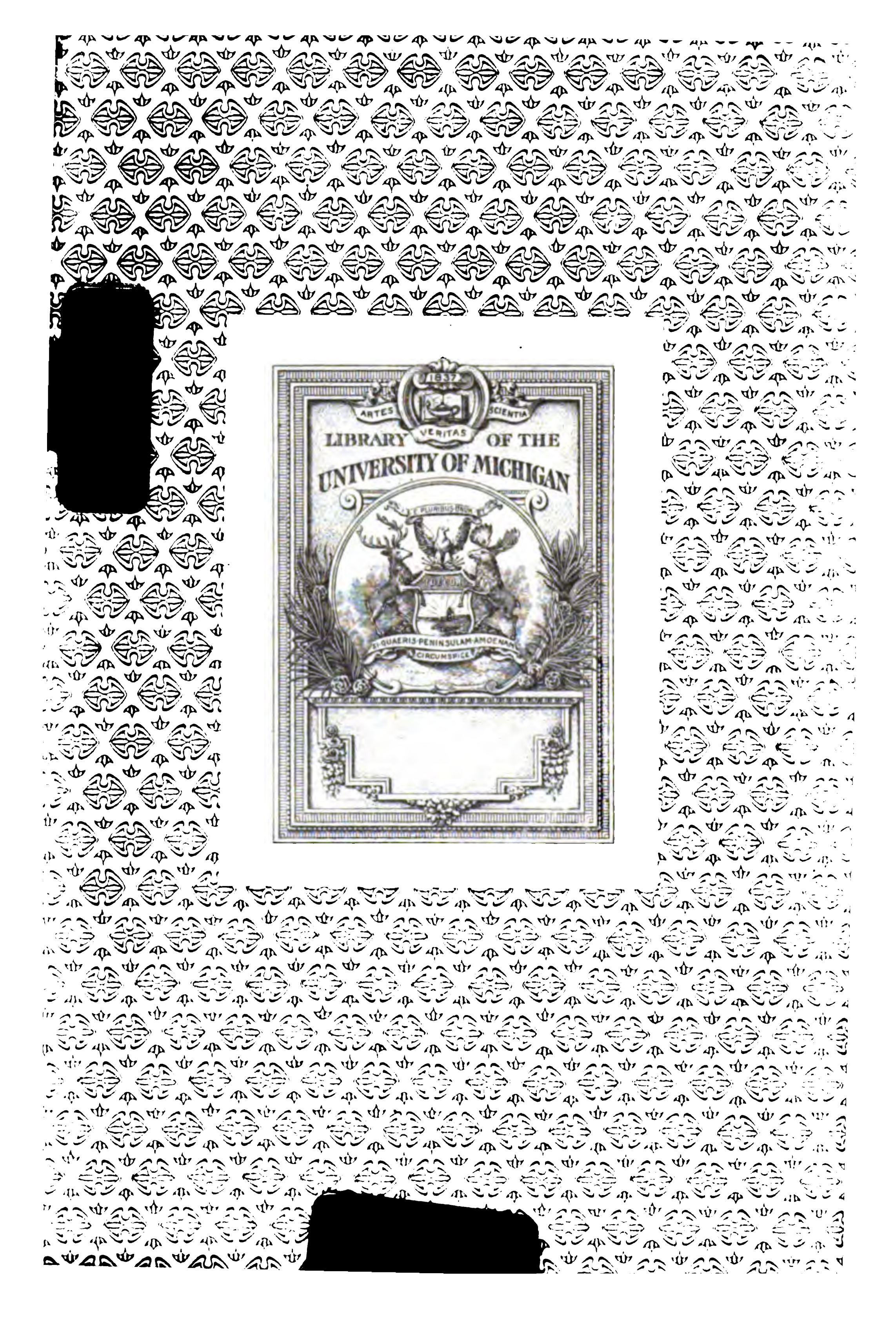
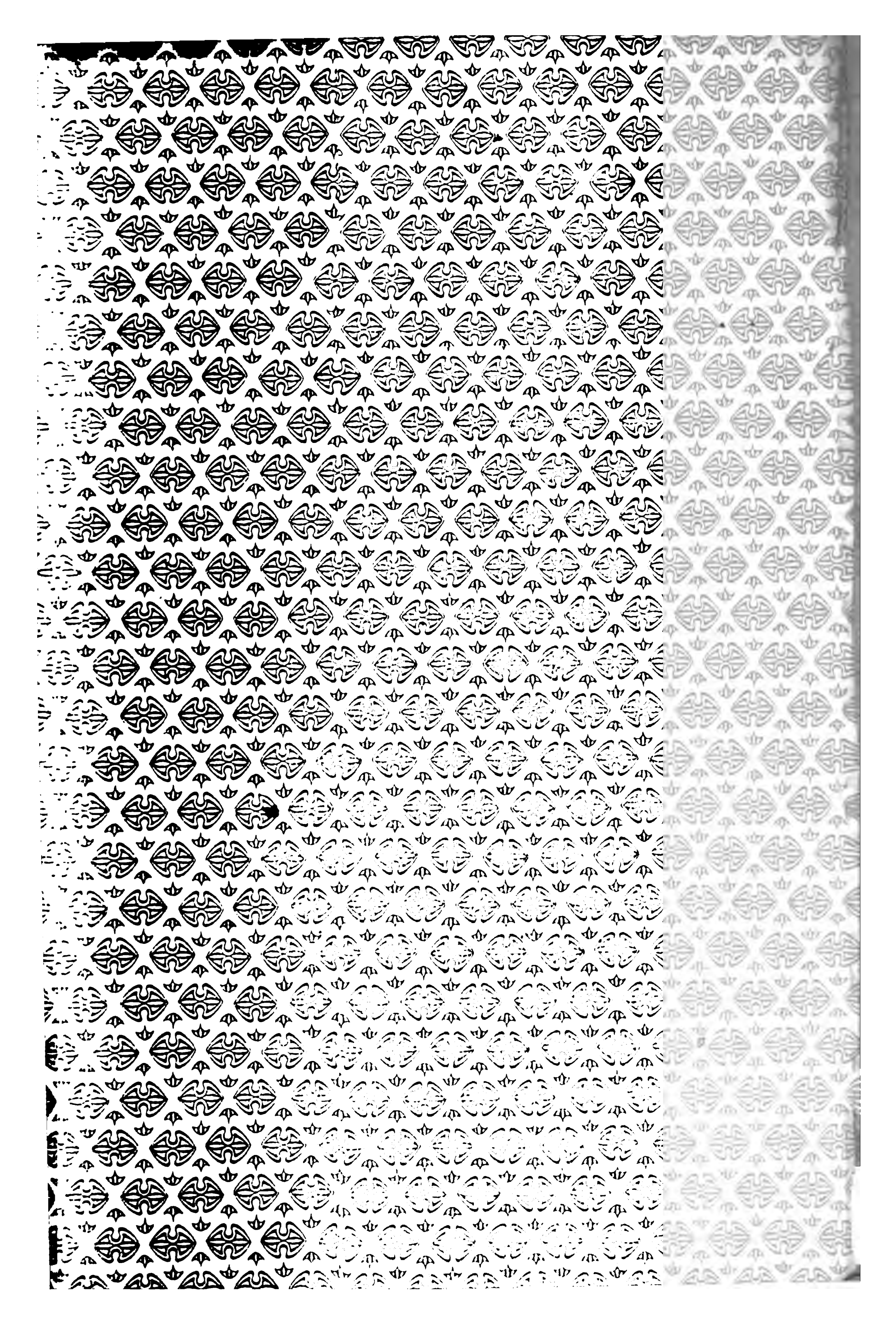


A 413106


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **A. T. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **L. Góngora** (Barcelona), **G. Jonquière** (Bern), **F. Klemperer** (Strassburg), **A. Kuttner** (Berlin), **W. Landgraf** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New-York), **H. Luc** (Paris), **N. Lunin** (St. Petersburg), **P. M'Bride** (Edinburgh), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **R. Semon** (Jena), **G. Sentiñon** (Barcelona), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **A. Toti** (Florenz)

herausgegeben

von

FELIX SEMON

London.

Zwölfter Jahrgang.

(Januar bis December 1896.)

Berlin, 1896.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.



Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

Seite

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XII. **Berlin, Januar.** **1896. No. 1.**

I. Die laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1894.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasen-rachenraum.	Mundrachen-höhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	35	157	97	183	88	50	9	619
Grossbritannien und Colonien	41	63	52	89	105	65	18	433
Deutschland	34	86	63	68	98	42	18	409
Frankreich	22	128	84	47	78	26	7	392
Belgien und Holland . . .	8	38	26	39	21	10	1	143
Italien	5	30	20	12	27	8	—	102
Oesterreich-Ungarn	13	20	8	14	30	1	6	92
Russland	4	9	7	2	11	4	—	37
Skandinavische Königreiche .	4	5	7	5	6	6	3	36
Schweiz	2	2	—	6	4	8	3	25
Spanien	2	3	8	4	6	1	—	24
Polen	—	6	6	7	5	—	—	24
Zusammen	170	547	378	476	479	221	65	2336

Zu vorstehendem statistischen Bericht über die laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1894 ist nur zu bemerken, dass die Gesammtproduction, die seit

dem Jahre 1891, in welchem sie ihr Maximum (2761 Arbeiten) erreicht hatte, bedeutend heruntergegangen war (im Jahre 1893 auf 1796 Arbeiten), augenscheinlich wieder im Steigen ist. Die Hauptzunahme kommt auf Rechnung der Serumtherapie bei Diphtheritis; im Uebrigen ist die Proportion sowohl zwischen den Beiträgen der einzelnen Länder wie in den Unterabtheilungen unseres Faches ziemlich unverändert geblieben.

II. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **Zwillinger** (Budapest). **Fortschritte auf dem Gebiete der Laryngologie und der Rhinologie. (A laryngologia is a rhinologia haladasa.)** *Gyógyászat. 1895. No. 9.*

Zwillinger referirt jährlich — nun zum fünften Male — über die Fortschritte auf laryngologischem und rhinologischem Gebiete, und thut dies auch in diesem Jahre in einem übersichtlich gehaltenen Artikel, welcher den beabsichtigten Zweck vollkommen erreicht. v. NAVRATIL.

2) **Gamba. Bericht aus dem Ambulatorium der rhino-laryngologischen Klinik zu Rom. (Rendiconto dell'Ambulatorio della Clinica rino-laringoiatrica di Roma.)** *Policlinico. 1895. No. 6.*

Bericht über die in den Jahren 1892 93 94 beobachteten Fälle, im Ganzen 976. Einige nicht besonders interessante werden kurz beschrieben. Abbildung einer von de De-Rossi gebrauchten Nasenschlinge. Angabe einiger in der Klinik üblichen Recepte, besonders für luetische Erkrankungen. TOTI.

3) **M. Borchardt. Beobachtungen über das Vorkommen des Pfeiffer'schen Influenzabacillus.** *Berliner klin. Wochenschr. 1894. No. 2.*

B. fand unter 50 Fällen der respiratorischen Form der Influenza 35 mal im Sputum den Pfeiffer'schen Bacillus. Im Blut fand er ihn nie. LANDGRAF.

4) **Claus** (Gent). **Die schmerzhaften Symptome bei der Influenza, ihre Pathogenese und Therapie.** *Allgemeine Wiener medicin. Zeitung. 1895. No. 18 und 19.*

Uebersetzung aus „Flandre medicale“ 1895. CHIARI.

5) **Gruss** (Wien). **Multiple Thrombosen nach Influenza.** Demonstration eines Kranken in der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 3. Mai 1895. — *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 19.*

Ausser Thrombose der Vena lienalis und der Vena cephalica sin. (Schwellung des Oberarmes und des Halses) und der Vena thyreoidea traten später auch Thrombosen der kleinen Venen des Rachens und Mundes auf, die zu einer enormen Ausdehnung der Praecapillaren am Mundhöhlenboden und am Velum führten. Der Patient geht der Heilung entgegen.

CHIARI.

6) **Gabrilowitsch** (Halila). **Ueber das Antiphthisin Klebs.** *Wiener medicin. Wochenschr. 1895. No. 11.*

In 14 Fällen versucht, ergab das Antiphthisin manchmal überraschend günstige Resultate. Es schadet gar nicht und erzeugt fast keine Reaction. Der Husten nimmt ab, der Krankheitsprocess bessert sich local und die Kranken erholen sich. Injicirt wurde anfangs 0,05, später bis auf 0,33 gr der Grundsubstanz in sterilisirtem Wasser gelöst. G. räth zu weiteren Versuchen dieses Mittels.

CHIARI.

7) **Rohrer** (Zürich). **Ueber die therapeutische Verwendung des Wasserstoffsuperoxyds.** *Deutsche Aerzte-Zeitung. 17. 1895.*

Wasserstoffsuperoxyd kam zur Verwendung als Desinficiens des Nasenrachenraumes vor dem Katheterismus und vor der Vornahme von operativen Eingriffen in diesen Regionen, bei verschiedenen Rhinitisformen, namentlich auch bei Ozaena, ferner zur Desinfection des äusseren Gehörganges und Trommelfelles vor operativen Behandlungen.

SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

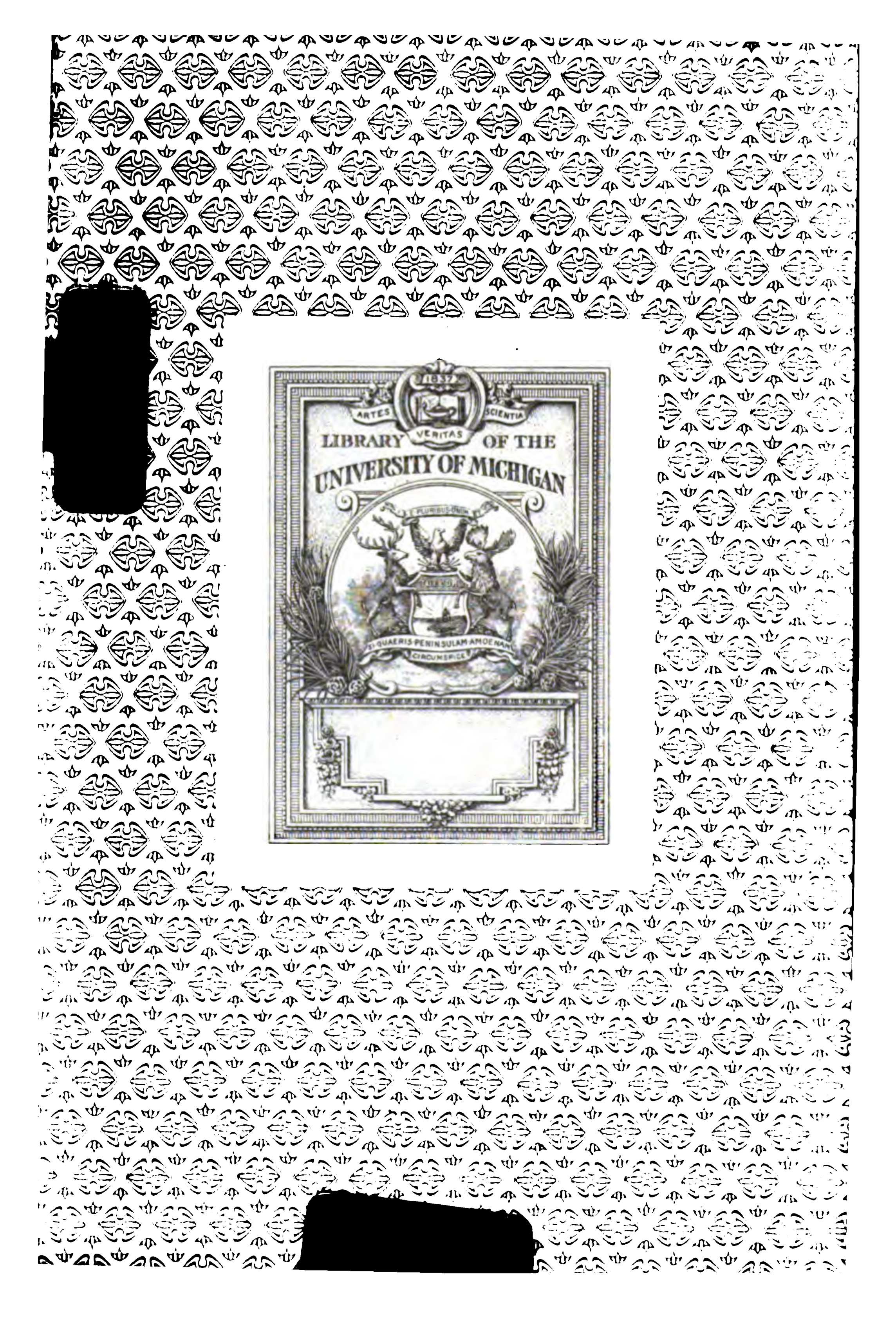
8) **Domec. Die Behandlung des Epithelioms der Haut, der Augenlider und der Nase mittelst Methylenblau. (Traitement de l'epithelioma de la peau des paupières et du nez par le bleu de méthyle.)** *Thèse de Paris. 1895.*

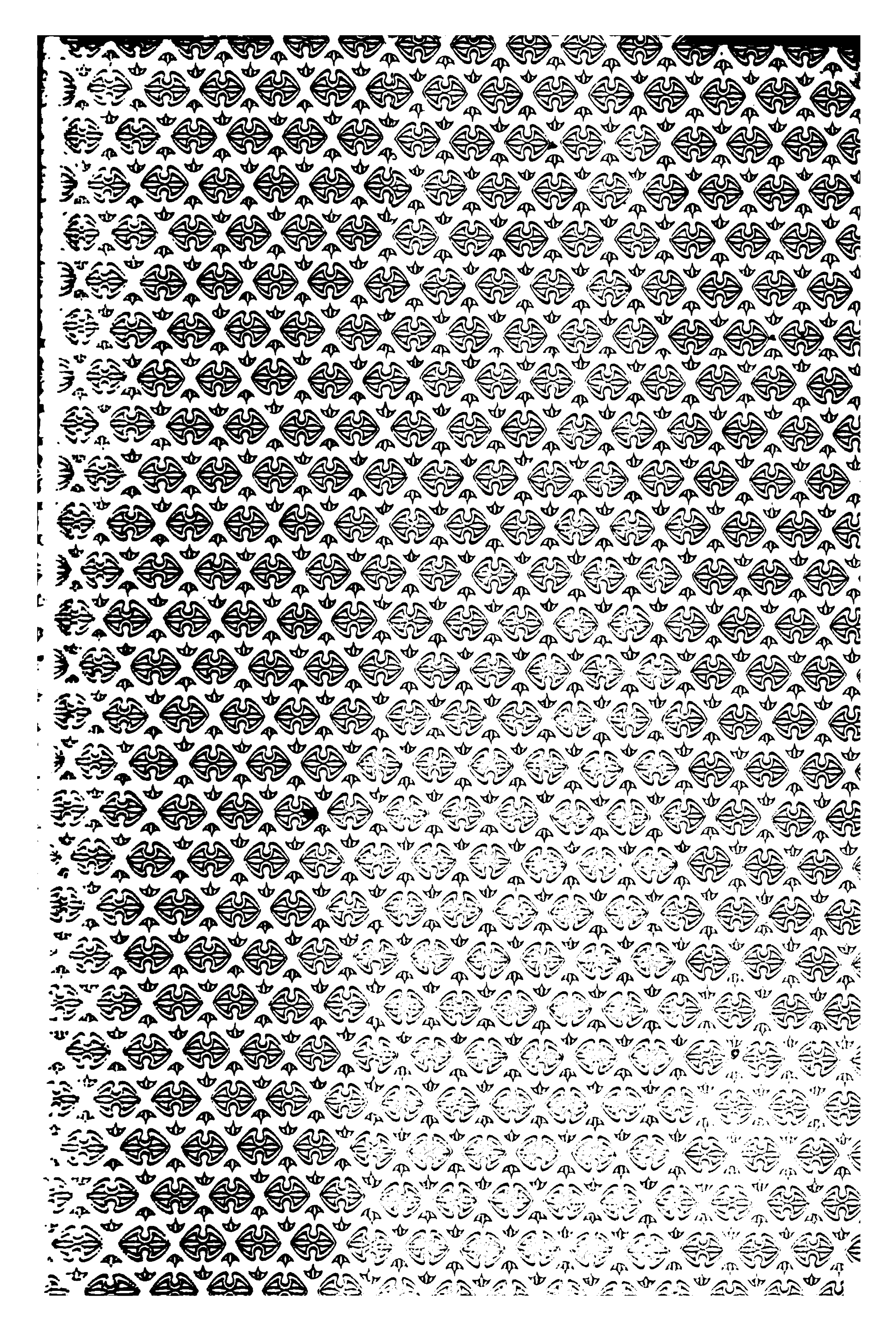
D. gebraucht die Methode von Mosetig-Moorhof und combinirt sie mit der Anwendung des Galvanocauters und der Chromsäure. In 25 Fällen von Pflasterzellen-Epitheliom der Augenlider und der Nase hat er auf diese Weise sehr schnelle und bleibende Erfolge erzielt. Die ulcerirten Gewebe wurden mit dem Galvanocauter und durch die Säure zerstört und dann das Methylenblau aufgepulvert. Dieses ist antiseptisch und dringt in die Epithelzellen hinein, dadurch die Weiterwucherung der Neubildung aufhaltend.

A. CARTAZ.

9) **J. Geschelin** (Odessa). **Ein Fall von Chromidrosis (Cyanidrosis nasi). (Slutschai Chromidrosis etc.)** *Juschno-Russk. med. Gaz. 1894. No. 6.*

Demonstration eines Knaben von 10 Jahren, dessen Nasenoberfläche eine blaue Masse ausschwitzte. Um einer Täuschung vorzubeugen, wurde der Knabe im Hospital beobachtet, übrigens trat auch während der Demonstration dieselbe Erscheinung auf. Besonders stark wurde die Blaufärbung am Morgen beobachtet.


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



18) **F. N. G. Starr. Ein paar Fälle von Entzündung der Stirnhöhle. (Some cases of inflammation of the frontal sinus.)** *N. Y. Medical Journal. 12. Januar 1895.*

Eine Vermehrung unserer Kenntnisse über diesen Gegenstand bringt der Artikel nicht. LEFFERTS.

19) **Morais. Ueber Abscess der Stirnhöhlen. (Sull'ascesso dei seni frontali.)** *Gazz. degli Osp. 1895. No. 10.*

Nach Erörterung der Anatomie der Stirnhöhle und der pathologischen Anatomie ihrer Eiterungen, beschäftigt sich M. besonders mit der Therapie. Er empfiehlt sehr warm die Sondirung des Canalis naso-frontalis und räth zu blutigen Operationen nur dann überzugehen, wenn die einfache Sondirung nicht zum Ziele geführt hat. TOTI.

20) **Herzfeld** (Berlin). **Zur Behandlung des Stirnhöhlenempyems.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 12.*

H. betont, dass streng zu scheiden sei zwischen acutem und chronischem Empyem. Erstere heilen meist auch ohne Operation. Die vollständige Heilung chronischer Eiterungen dagegen ist langwierig und schwierig. Schon die Diagnose dieser Stirnhöhleneiterungen ist nicht leicht, da Schmerzen und Anschwellung fehlen können und das einzige Symptom, die Eiterabsonderung in die Nase auch anderen Nebenhöhlenerkrankungen zukommt. Differential-diagnostisch kommt der Sitz des Eiters in Frage. Die Durchleuchtung der Stirnhöhle giebt keine sicheren Resultate. Kann man die Eiterung aus dem Antrum Highmori ausschliessen — hier leistet die Durchleuchtung gute Dienste — so ist die Frage ob Stirnhöhlen oder Siebbeinzellen meist leichter zu entscheiden, da bei letzteren der Eiter nicht so reichlich und sich auch an anderem Orte ansammelt; auch circumscripte Septumschwellungen — Ausdruck periostitischer Processe — können zur Diagnose helfen. Am wenigsten brauchbar ist die Sondirung durch die natürliche Oeffnung, die sehr selten möglich. Für die Operation wählt H. den Weg von aussen. Er operirt am hängenden Kopf und erweitert eventuell die Oeffnung nach der Nase mit einem eigens gekrümmten Stilet. Heilung kann erfolgen bei nur oberflächlicher Erkrankung der Schleimhaut durch Rückkehr zur Norm, oder durch Granulationen unter Verschwinden des Hohlraumes, oder dadurch, dass die Knochenhöhle nach Abstossung der Schleimhaut sich mit einer dünnen Epithellage bedeckt. H. erwähnt dann noch die Jansen'sche Methode der Operation - Wegnahme des Bodens des Sinus — und schliesst die Abhandlung mit der Mittheilung von 3 operativ behandelten Fällen. LANDGRAF.

21) **Funke** (Prag). **Demonstration einer geheilten cystischen Erweiterung des Sinus frontalis. Demonstration eines Elfenbeinosteoms, welches von dem Siebbeine ausgehend eine Nasenhälfte ausgefüllt hatte. Exstirpation. Heilung.** Verein Deutscher Aerzte in Prag am 25. Januar 1895. — *Wiener klinische Wochenschr. 1895. No. 16.*

Nähere Angaben fehlen. CHIARI.

22) **A. W. Palmer. Ein Stirnhöhlenbohrer. (A frontal sinus drill.)** *N. Y. Med. Journal. 2. März 1895.*

P. empfiehlt seinen Bohrer zur inneren Eröffnung der vorderen Siebbeinzellen und Stirnbeinhöhle als einfacher und viel gefahrloser als die gewöhnlichen Methoden mittelst Curette oder Löffel.

LEFFERTS.

23) **L. Müller** (Wien). **Ueber Empyem des Sinus frontalis und ethmoidalis.** Nach einem in der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 23. November 1894 gehaltenen Vortrage. — *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 11, 12 u. 13.*

Unter 90000 Patienten der Augenklinik (Fuchs) litten nur 10 an Empyem des Sinus frontalis, welches die Augen beeinträchtigte durch Dilatation oder Perforation der Sinuswand. Nach genauen anatomischen Details über Entwickelung und Grösse der Stirnhöhlen berichtet M. über 2 acute Empyeme in Folge von Influenza — das eine führte nach $1^1/_2$ Monaten durch ausgedehnte Eiterung unter der Galea trotz dreimaliger Operation (ein Mal Trepanation) zum Tode. Der zweite Fall wurde durch frühzeitige Trepanation des Sinus geheilt. Schwierig ist oft die Unterscheidung von Orbitalphlegmone; behülflich kann dabei sein die stärkere Ptosis bei relativ schwacher Schwellung des oberen Lides bei Sinusempyem. Jedenfalls soll man auch die probeweise Eröffnung des Sinus nicht scheuen, die als leichterer Eingriff erscheint als die Incision tief in die Orbita hinein.

Das chronische Empyem des Sinus front. geht entweder langsam aus dem acuten E. hervor, oder es entsteht aus chronischem Katarrh der Stirnhöhle, die sich später gegen die Nase abschliesst, worauf es zu Dilatation und Perforation und zwar gewöhnlich gegen die Orbita zu kommt. Sondirung der Stirnhöhle von der Nase aus gelang Müller an der Leiche sehr selten, am Lebenden niemals. Daher schlägt er selbst bei offenen länger dauernden Katarrhen und natürlich immer bei Empyem die Eröffnung des Sinus von aussen vor; der Eingriff ist sehr leicht und ganz ungefährlich und empfiehlt sich auch als explorative Operation. Bei Empyem strebte Fuchs immer die Verödung des Sinus an, dadurch dass er die Schleimhaut ausschabte und die vordere Wand des Sinus abtrug. Ein solcher Fall heilte in 3 Wochen ohne Entstellung.

Müller schlägt jedoch vor, die vordere Knochenwand zum Schutze der Schädelhöhle zu belassen und die von Schleimhaut entblössten Sinuswände durch Thiersch'sche Transplantation mit Epidermis zu bedecken. Einige dieser Fälle, sowie Präparate von einem Hydrops sinus frontalis, von Carcinom etc. werden demonstrirt.

Empyem der Ethmoidalzellen bricht entweder nahe dem Orbitaldach in die Orbita durch und erzeugt dort Phlegmone oder bildet im inneren Augenwinkel eine harte Hervorwölbung, welche mit Tumoren verwechselt werden kann, oder endlich das Empyem bricht in den Thränensack durch und erzeugt dort Blennorhoe. Von der ersten Form bringt Müller 2, von der zweiten 1 und von der dritten 2 Fälle in genauer Beschreibung. Die Details müssen im Originale nachgelesen werden.

CHIARI.

24) **Gussenbauer** (Wien). **Die temporäre Resection des Nasengerüstes zur Freilegung der Sinus frontales, ethmoidales, sphenoidales und der Orbitalhöhlen.** *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 21.*

Besonders soll die Operationsnarbe wenig entstellend sein; G. ersann dazu zwei Operationsweisen, die er je 1 Mal ausführte und zwar nach sorgfältiger Tamponade der Nase und am sitzenden Patienten.

1. Einmal führte er beiderseitig von der inneren Hälfte der Augenbrauen einen verticalen Schnitt über Nasenfortsatz des Stirnbeines und Oberkiefers bis zum unteren Rande der Nasenbeine und verband sie dort durch einen horizontalen. Dann wurden die Knochen (auch Septum nasium) mit Meissel und Hammer durchtrennt und der so gebildete Weichtheilperiostknochenlappen nach oben umgeschlagen. Hierauf wurde der Tumor exstirpirt, die Höhle tamponirt und der grosse Lappen replantirt und angenäht. Heilung anstandslos ohne Entstellung.

2. Das zweite Mal wurde ein verticaler Hautschnitt von der Glabella über den Nasenrücken bis zum unteren Rande der Nasenbeine geführt und demselben oben zwei Schnitte längs der Augenbrauen angefügt; die Knochen wurden mit Stichsäge und Meissel entsprechend dem Hautschnitte durchtrennt und die so gebildeten Lappen auseinander gezogen, wodurch mau leicht Zugang zu dem ausgebreiteten Tumor bekam. Der replantirte Lappen heilte gut an. Entstellung etwas grösser. Gussenbauer zieht daher aus kosmetischen Rücksichten die erste Form der Schnittführung vor, da die beiden an den Seiten der Nase verlaufenden Narben weniger entstellen, als die am Nasenrücken liegende. Sonst sind sie gleichwerthig.

CHIARI.

25) **Egm. Baumgarten** (Budapest). **Ueber Eiterung der Siebbeinzellen.** Vortrag, gehalten in der Abtheilung für Laryngologie der 66. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien. — *Wiener medicin. Presse. 1895. No. 5 und 6.*

B. beobachtete 4 Formen: 1. Caries und Necrose, 2. Caries und Necrose mit Eitersackbildung, 3. mit Polypenbildung, 4. mit ossificirender Tendenz. — Ursache war oft Lues, seltener Tuberculose, Typhus, Scharlach, Influenza etc. Die Therapie ist die gewöhnliche.

Discussion s. Bericht über die 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

CHIARI.

26) **Rohmer. Die orbito-oculären Erscheinungen der Siebbeinhöhlen-Entzündungen. (Les manifestations orbito-oculaires dés sinusites ethmoidales.)** *Revue méd. de l'Est. 1. Juli 1895.*

Anknüpfend an einen Fall von Entzündung des Sinus ethmoidalis mit Uebergreifen auf die Orbita studirt Verf. die verschiedenen orbito-ocularen Processe, die bei Sinuserkrankungen vorkommen. Die Sinusitis ethmoidalis erzeugt, vor ihrer Eröffnung, eine mehr oder weniger harte und mehr oder weniger ausgesprochene Hervorragung an der inneren Wand der Orbitalhöhle. Die oedematöse Anschwellung der benachbarten Theile betrifft besonders die Augenlider und zwar vor allem das untere Lid nach der Backen- und Schläfengegend zu. Bei der Entzündung

der Stirnhöhle findet sich das Oedem mehr am inneren Augenwinkel und dehnt sich nach der Nasenwurzel und auf die Stirn hin aus.

Läsionen durch Entzündung der Nachbarschaft und Druck auf den N. opticus werden bei den Siebbein- und Stirnhöhlen-Erkrankungen erst sehr spät eintreten, während sie bei Erkrankung des Sinus sphenoidalis bereits bald nach Beginn des Leidens in Erscheinung treten.

Therapeutisch kommt in Frage die breite Incision von Seiten der Orbita unter Leitung des von der Nase aus eingeführten Catheters. A. CARTAZ.

c. Mundrachenhöhle.

27) **A. H. Smith. Bösartige Geschwülste der Membrana poridentalis. (On malignant disease of the peridental membrane.)** *Lancet. 6. Juli 1895.*

Kleine sarcomatöse Geschwülste des Periosts der oberen Molarzähne; Abbildung. ADOLPH BRONNER.

28) **Follet. Cysten des Oberkiefers. (Des kystes du maxillaire superieur.)** *Bull. méd. du Nord. 28. Juli 1895.*

Klinische Vorlesung mit Vorstellung eines Falles. A. CARTAZ.

29) **W. G. Smith. Ein Fall von membranöser Tonsillitis bei Typhus. (Case of membranous sore throat in enteric fever.)** *Practitioner. Februar 1895.*

Mann von 22 Jahren lag 4 Wochen lang krank an Typhus. Am ersten Tage Halsschmerzen. Nach 10 Tagen grauer Belag auf Uvula, Mandeln und weichem Gaumen. Nach 14 Tagen Heilung.

Keine Loeffler'schen Bacillen gefunden, nur Streptokokken.

ADOLPH BRONNER.

30) **Dieulafoy** (Paris). **Die larvirte Tuberculose der 3 Mandeln. (Sur la tuberculose larvée des trois amygdales.)** *Acad. de méd. 31. April, 7. u. 14. Mai 1895.*

Unter 61 Versuchen erzielte D. 8 mal Entwickelung von Impftuberculose bei Meerschweinchen, denen er Theile von adenoiden Vegetationen oder hypertrophischen Mandeln einimpfte. Der Verf. schliesst daraus, dass in demselben Zahlenverhältniss die adenoiden Vegetationen oder hypertrophirten Mandeln als ein initialer tuberculöser Process betrachtet werden müssen.

In der Discussion, die sich an diese Mittheilung anschloss, wies Cornil auf den Mangel histologischer Untersuchung der betreffenden Mandeln hin; es sei keineswegs erwiesen, dass dieselben Sitz tuberculöser Veränderungen waren, vielmehr sei es recht wohl möglich, dass die Infection der Meerschweinchen stattfand durch Bacillen, die die Athmungsluft auf der Oberfläche der Tonsillen oder in ihren Krypten abgelagert hatte. LUC.

31) **Eschle** (Freiburg i. Br.). **Kurze Mittheilung über die Behandlung der Mandelhypertrophie mittelst des Tonsillenschlitzers.** *Therapeut. Monatsh. 1895. Juni.*

E. benutzt ein modificirtes Schielhäkchen, dessen Innenkante scharf ist und vorn ein schwach zugespitztes Knöpfchen trägt, in der bekannten Weise.

Zur Nachbehandlung bedient er sich der Jodtinctur. A. ROSENBERG.

32) **L. Lichtwitz** (Bordeaux). **Ueber die Abtragung der hypertrophischen Tonsillen mittelst der elektrischen Glühschlinge.** *Archiv für Laryngologie und Rhinologie. II. 3. 1895.*

Verf. bespricht in ausführlicher Weise die Technik der Abtragung der Mandeln mit der elektrischen Schlinge. Es kommt sehr wesentlich auf die Intensität des Stromes und auf die Art der Schneideschlinge an. L. benutzt eine Schlinge von Stahldraht vou $^1/_3$ mm Durchmesser und braucht dabei gewöhnlich einen Strom von 8 Ampères. Dann dauert die Operation zwischen 2 und 4 Secunden, Zeit genug, um Hämostase eintreten zu lassen, dagegen zu kurz, um durch die strahlende Wärme Entzündungen der Nachbarschaft hervorzurufen. Als Elektricitätsquelle dient der Accumulator. Der Arbeit ist eine Abbildung der elektrischen Einrichtung in L.'s Ordinationszimmer beigegeben. F. KLEMPERER.

33) **L. Roper. Verbessertes Tonsillotom. (Improved tonsil guillotine.)** *Brit. Med. Journal. 6. Juli 1895.*

Die Abbildung zeigt eine Modification des Mackenzie'schen Instruments; die beiden Seiten des Messers sind durch eine Metallrinne der ganzen Länge nach geschützt. Zu beziehen von Down, London. ADOLPH BRONNER.

34) **Alb. Rosenberg. Ein Mandelstein von ungewöhnlicher Grösse.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. II. 3. 1895.*

Der Stein hat die Dimensionen $4 : 1^1/_2 : 1^1/_2$ cm und wiegt $9^1/_2$ g. Die Oberfläche ist höckrig, der Durchschnitt zeigt theilweise eine deutliche Schichtung. Die chemische Untersuchung ergab vorwiegend kohlen- und phosphorsauren Kalk. F. KLEMPERER.

35) **B. Trouw** (Axel). **Acute infectiöse Phlegmone des Rachens. (Acuut infectieus phlegmoon van den pharynx.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1895. II. No. 6.*

Mittheilung eines Falles, in welchem die Diagnose nicht über jeden Zweifel erhoben ist. H. BURGER.

36) **Ravogli** (Cincinnati). **Geschwüriges Syphilid des Pharynx.** *Monatsh. für prakt. Dermat. XXI. 3. 1895.*

Mittheilung über 4 Fälle von tiefgreifendem syphilitischen Geschwür im Rachen während der Secundärperiode. Im ersten Falle hatte das Geschwür seinen Sitz an der hinteren Wand des Nasenrachenraumes, in den drei anderen Fällen an der Basis des Rachens. Alle Fälle betrafen männliche Individuen, bei welchen R. den reichlichen Genuss von Alkohol und Tabak als wesentliche Momente anschuldigt. SEIFERT.

37) **A. Alexander. Angiom des Pharynx. (Angioma of the pharynx.)** *British Med. Journal. 13. Juli 1895.*

Eine Frau von 40 Jahren hatte seit 4 Jahren Halsbeschwerden, als deren Ursache eine himbeergrosse Geschwulst am rechten weichen Gaumen erkannt wurde. H. BURGER.

d. Diphtheritis und Croup.

38) **Démétriades. Wirkung des Wassers auf den Diphtheriebacillus. (Action de l'eau sur le bacille diphthérique.)** *Arch. de méd. expérim. VII. No. 5.*

D. legt sich die Frage vor, unter welchen Umständen die Contagion mit Diphtherie durch das Wasser vermittelt werden kann; er studirt zur Beantwortung dieser Frage die Resistenz und die Vitalität des Bacillus im Wasser. Nach seinen Untersuchungen wird der virulente Diphtheriebacillus im sterilen Quellwasser sehr schnell abgeschwächt; allein diese Abschwächung verhindert nicht, dass er unter günstigen Bedingungen seine Virulenz wieder erlangt. Dasselbe Verhalten zeigt der Bacill in destillirtem Wasser und auch im Wasser von Bächen, Flüssen, Brunnen etc., so wie man dasselbe in der Natur antrifft und so wie es zum Waschen im Hause gebraucht wird. Die Schlüsse, die der Verfasser aus diesem Verhalten zieht, sind nicht scharf bestimmte: Die Diphtheriebacillen werden im Wasser zum Theil zerstört durch Licht und Sonnenstrahlen, soweit sie der Oberfläche nahe kommen; die in der Tiefe bleibenden und von organischen Stoffen umgebenen bleiben leben. In der Concurrenz mit anderen Mikroben, die im Wasser zahlreich vegetiren, erhalten sie ihre Vitalität aber nicht sehr lange, sie verlieren an Virulenz. Da diese jedoch in günstigen Medien wieder steigt, kann das Wasser wohl gelegentlich die Contagion vermitteln. A. CARTAZ.

39) **Enriquez** u. **Hallion** (Paris). **Experimentelle Erzeugung von Myelitis durch Diphtheriegift. (Myélite experimentale par toxine diphthérique.)** *Soc. de Biologie. 21. April 1895.*

Die Verfasser beobachteten nach subcutaner Einverleibung des Diphtheriegifts beim Thier multiple myelitische und hämorrhagische Herde im Rückenmark. LUC.

40) **Courmont, Doyon, Pariot** (Lyon). **Nervöse Krankheitserscheinungen nach Injection von Diphtherievirus beim erwärmten Frosche. (Lésions nerveuses chez la grenouille chauffée après injection de toxine diphthérique.)** *Soc. de Biolog. 11. Mai 1895.*

Es gelang den Verfassern auch beim Frosche nach Injection von Diphtheriegift Lähmungen und Muskelatrophien hervorzubringen, indem sie das Thier bei einer Temperatur von 38° C. hielten. LUC.

41) **Thomas Cherry** (Melbourne, Victoria). **Bemerkungen über die bakteriologische Diagnose der Diphtheritis. (Note on the bacteriological diagnosis of diphtheria.)** *Intercolonial Quaterly Journal of Medic. and Surgery. Mai 1895.*

Verfasser bespricht die gebräuchlichen Methoden zur Anlegung von Culturen und empfiehlt einige praktische Vereinfachungen. A. F. BRADY.

42) **A. P. Ohlmacher. Einige technische Verbesserungen bezüglich der Diagnose der Diphtherie durch das Culturverfahren. (Some improvements in the technique of the diphtheria culture-test.)** *Phil. Med. News. 4. Mai 1895.*

Mit den Modificationen des Verfassers wird die bakteriologische Diagnose auf Diphtherie in 4 Stunden mit Hilfe des Incubators, die Diagnose durch die Cultur ohne Incubator in 18 Stunden gestellt. Auch eine Verbesserung des Loeffler-schen Nährbodens giebt O. an. Bezüglich der technischen Details muss auf das Original verwiesen werden. LEFFERTS.

43) **Edward G. Runge. Die Thierimpfung als einzig entscheidende Methode für die biologische Diagnose echter Diphtherie. Illustrirt durch 3 Krankengeschichten. (Inoculation into animals as the only decisive method for the biological diagnosis of true diphtheria. Illustrated by three cases.)** *N. Y. Med. Journal. 11. Mai 1895.*

Verfasser begründet die Forderung, dass in jedem diphtherieverdächtigen Falle die Diagnose durch die Thierimpfung entschieden werden soll, in ausführlicher Weise. Eine ganze Maassregel sei in jedem Falle einer halben vorzuziehen; die strenge Durchführung dieser liege im Interesse der Allgemeinheit wie des Kranken; vor allem aber könne nur auf diese Weise die Statistik wirklichen Werth gewinnen. LEFFERTS.

44) **Percepied. Gutartige diphtheritische Anginen. (Angines diphthériques bénignes.)** *Normandie méd. 15. Mai 1895.*

Verfasser berichtet über zwei Fälle von leichter Angina, bei denen klinisch keinerlei Verdacht auf Diphtheritis vorlag. Der erste der beiden Kranken hatte 6 Wochen nach der Angina Löffler'sche Bacillen im Speichel. Bei der zweiten Kranken, die nur sehr geringe Halserscheinungen hatte, fand sich ebenfalls der Diphtheriebacillus auf der Mandel. Es giebt also echte diphtheritische Anginen, die so gutartig sind, dass sie nach Aussehen und Verlauf von einfachen Anginen nicht zu unterscheiden sind. A. CARTAZ.

45) **J. Raczynski. Klinisches und Bakteriologisches über Halsdiphtherie. (Uwagi kliniczne i bakterjolojiczne nad btonica.)** *Przeglad Lekarski. No. 9, 10, 11. 1895.*

In der pädiatrischen Klinik zu Krakau wurden vom Verfasser 47 Fälle von Halsdiphtherie genau bacteriologisch untersucht. In zwei Fällen von scarlatinöser Diphtherie wurden keine Löffler'schen Bacillen, sondern nur Streptococcus und Staphylococcus gefunden; dagegen wurden in 35 Fällen klinisch diagnosticirter echter Diphtherie 32 mal Löffler'sche Bacillen constatirt. Neben Diphtheriebacillen wurden in einer Reihe von Fällen Staphylokokken und Streptokokken gefunden. Die mit Staphylokokken combinirten Diphtheriefälle erwiesen sich im Verlaufe als leichtere, dagegen die Streptokokken-Mischinfectionen als schwerere.

A. v. SOKOLOWSKI.

46) **Redactionelle Notiz. Die Diphtheritis in New York. (Diphtheria in New York City.)** *Philad. Med. News. 6. April 1895.*

Die Einführung der modernen wissenschaftlichen Methoden in die Verwaltung

der Sanitätsangelegenheiten hat bereits in einem statistisch nachweisbaren Maasse Früchte getragen. Ein Bericht der Abtheilung für ansteckende Krankheiten im Gesundheitsamt von New York City zeigt, dass während des laufenden Jahres 2207 Fälle von Diphtherie mit 467 Todesfällen (22,16 pCt.) zur Anmeldung kamen, in der entsprechenden Zeit des vergangenen Jahres dagegen 2058 Fälle mit 675 Todesfällen (32,75 pCt.) LEFFERTS.

47) **W. N. Thursfield. Isolation nach Diphtheritis. (Isolation after diphtheria.)** *Lancet. 4. Mai 1895.*

Verfasser beklagt sich, dass ein Patient aus einem Spital entlassen wurde, nachdem keine Bacillen mehr im Halse gefunden wurden. (Warum?).

ADOLPH BRONNER.

48) **Wm. L. Stowell. Die Diphtheritis ausserhalb des Spitals — nach 7jähriger Erfahrung. (Diphtheria in tenements — seven year's result.)** *N. Y. Medical Record. 4. Mai 1895.*

Verfasser theilt seine Erfahrungen mit, weil genauere statistische Angaben über ausserhalb des Spitals behandelte Infectionskrankheiten fehlen. Er sah in der Armenpraxis von März 1888 bis April 1895 im ganzen 16498 Kranke; von diesen hatten 177 Diphtheritis, es starben 24 = 13,55 pCt. Die Kranken recrutiren sich aus derselben armen und schlecht gepflegten Klasse, die auch die Krankenhäuser füllt. LEFFERTS.

49) **J. H. A. Niermeyer** (Amsterdam). **Diphtheritische Lähmungen. (Diphtheritische verlammingen.)** *Geneesk. Courant. 7. April 1895. No. 14.*

Betrachtungen über die Ursache dieser Lähmungen. H. BURGER.

50) **L. Wilde. Urin-Suppression bei Diphtheritis. (Suppression of urine in diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 11. Mai 1895.*

3 Fälle werden erwähnt, Kinder von 3 und 4 Jahren betreffend. Die Urinstockung trat 6, 5 und 15 Tage nach Beginn der Krankheit auf. Der Tod erfolgte nach einigen Tagen. Antitoxin wurde nicht benutzt.

ADOHPH BRONNER.

51) **Coulon. Angina diphtheritica; Tod in Syncope 3 Wochen nach der scheinbaren Genesung. (Angine diphthérique, mort par syncope après trois semaines de guerison apparente.)** *Médecine infantile. 15. März 1895.*

Der Titel nennt das Wesentliche des Falles. A. CARTAZ.

52) **H. Koplik. Lacunäre Diphtherie der Tonsille. (Lacunar diphtheria of the tonsil.)** *N. Y. Med. Record. 18. Mai 1895.*

Verf. erwähnt gewisse Fälle, bei denen keine Membran besteht, die sich aber als contagiös erweisen, indem andere Familienmitglieder von ihnen maligne Diphtherie acquirirsn. Diese Fälle sind theils klinisch gar nicht von einfacher folliculärer Tonsillitis zu unterscheiden, theils besteht im Halse das Bild dieser Affection, dabei aber starke Depression, septische Symptome, vielleicht niedere

Temperatur, kurz Symptome, die auf Diphtherie hinweisen. In beiden Arten von Fällen findet man virulente Loeffler'sche Bacillen. LEFFERTS.

53) **M. P. Ravenel. Ein Beitrag zum Studium der Aetiologie der membranösen Rhinitis. Erster Theil. (A contribution to the study of the etiology of membranous rhinitis. First paper.)** *Phil. Med. News. 18. Mai 1895.*

Die Mehrzahl der Fälle von membranöser Rhinitis sind nach R.'s Meinung thatsächlich nasale Diphtherie und als solche zu behandeln. Beispiele, in denen von Fällen von membranöser Rhinitis andere Fälle von Schlund- oder Kehlkopfdiphtherie sich ableiteten, konnte Verf. nur wenige ermitteln; diese wenigen aber genügen, um zu erweisen, dass solche Fälle zur Infectionsquelle werden können und darum ebenso isolirt werden müssen, wie die gewöhnlichen Fälle von Diphtherie.

LEFFERTS.

54) **M. P. Ravenel. Ein Beitrag zum Studium der Aetiologie der membranösen Rhinitis. (A contribution to the study of the etiology of membranous rhinitis.)** *Medical News. 25. Mai 1895.*

Verf. stellt 77 Fälle zusammen, darunter 12 eigene Beobachtungen. Bei 41 von diesen liegen zuverlässige Angaben über die bakteriologische Untersuchung vor und zwar wurde 33 mal der Klebs-Loeffler'sche Bacill gefunden; in mehreren anderen Fällen wurde die Membran untersucht und durchaus der diphtheritischen Membran gleich gefunden. In allen Fällen war der Verlauf ein gutartiger und in allen, mit Ausnahme einiger weniger, war die Membran auf die Nase allein beschränkt. Allgemeinsymptome fehlten ganz oder waren nur in geringem Grade vorhanden.

Verf. ist der Ansicht, dass man alle Fälle von membranöser Rhinitis als Diphtherie anzusehen hat, bis die culturelle Prüfung das Gegentheil ergiebt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

55) **H. Taylor. Die Mortalität bei Diphtheritis. (The mortality of diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 20. April 1895.*

Verf. behandelt die Diphtheritis mit Euchlorine, 8,0 Chlorkali aufgelöst in 60,0 Wasser und 60,0 Salzsäure. Von dieser Lösung werden 4,0 ccm mit 240,0 Wasser vermischt und davon 15,0 bis 30,0 stündlich innerlich genommen.

ADOLPH BRONNER.

56) **J. Sutherland. Die Behandlung der Diphtheritis mit Magnesiumsulfat. (Treatment of diphtheria by sulphite of magnesium.)** *Lancet. 20. April 1895.*

Verf. hat 10 Fälle mit Insufflationen und Tabloids behandelt. 2 Todesfälle. Der Verlauf der Krankheit wurde nicht beeinflusst; das Mittel scheint keine besondere Wirkung zu haben. ADOLPH BRONNER.

57) **Collin** (Saint Honoré-les-Bains). **Behandlung von absteigendem Croup mit Tanninpulver. (Traitement d'un croup d'emblée par la poudre de tannin.)** *Journ. de clin. et de therap. infant. 16. Mai 1895.*

Verf. glaubt die Heilung eines Falles von Croup d'emblée (der übrigens

bakteriologisch nicht untersucht wurde) durch 2stündlich wiederholte Injection von Tanninpulver in den Larynx erzielt zu haben. LUC.

58) **J. Mount Bleyer. Nuclein als Schutzproteid; seine subcutane Anwendung bei den verschiedenen Formen von Diphtherie. Mit einem klinischen Bericht über 53 Fälle. (Nuclein as a defensive proteid. Its subcutaneous administration in the different grades of diphtheria, accompanied by a clinical report of fifty-three cases.)** *N. Y. Med. Journal. 13. April 1895.*

Verf. stellt das Nuclein in seiner chemischen Zusammensetzung dem Thyreoidin, Antitoxin, Sequardin u. s. w. zur Seite; es gehöre zu den Proteidsubstanzen, die durch Anregung der Zellfunctionen die Widerstandskraft des Organismus anregen. Verf. gab es bei 53 Fällen, von denen nur 9 echte Diphtherie waren, mit gutem Erfolg. Er injicirt 1,2—1,5 g subcutan, bei schwereren Fällen mehrere Tage hintereinander; bei genügender Antisepsis ist eine locale Reaction nicht vorhanden. LEFFERTS.

59) **Bloch** (Dänemark). **Citronensäure gegen Diphtheritis. (Citronsyre mod difteritis.)** *Ugesk. f. Läger. 1895. S. 293.*

Verf. benützt eine 10proc. Lösung der Säure innerlich; er hat 111 Fälle mit 11 Todesfällen (= 9,6 pCt.). behandelt. SCHMIEGELOW.

60) **X. Ein Arcanum gegen Diphtherie.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. 1895. No. 21.*

Empfehlung eines in Batavia angewendeten chinesischen Geheimmittels (Pulver zur Einblasung), welches unbedingt sicher wirken soll. Der Redacteur Dr. E. Kraus spricht seinen Zweifel über die Wirksamkeit des Mittels aus.

CHIARI.

61) **Castelain. Eine Statistik über 100 Fälle von Trachootomie wegen Croup. (Statistique de 100 cas de trachéotomie pour croup.)** *Bull. méd. du Nord. 12. April 1895.*

C. hat unter 100 tracheotomirten Fällen 39 Heilungen; er vergleicht seine Statistik mit der anderweitig publicirten. A. CARTAZ.

62) **P. Thyne. Intubation bei Diphtheritis. (Intubation in diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 13. April 1895.*

15 Tage wurde die Tube getragen; Genesung. ADOLPH BRONNER.

63) **Henry. Drei neue Fälle von Intubation bei Croup. (3 nouveaux cas de tubage dans le croup.)** *Bull. méd. du Nord. 26. April 1895.*

Nichts Besonderes. A. CARTAZ.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

64) **H. Burger** (Amsterdam). **Schemata für das Kehlkopfspiegelbild. (Schema's voor het keelspiegelbeeld.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1895. II. No. 12.*

Das Schema wird, behufs Einreichung pathologischer Befunde, mit einem India rubber-Stempel in die Krankengeschichte eingestempelt. Die Firma J. H. de Bussy, Amsterdam, versendet den Stempel nach dem Ausland portofrei zum Preis von M. 5.— H. BURGER.

65) **Alexander Baurowicz** (Krakau). **Casuistische Mittheilungen.** *Archiv für Laryngologie u. Rhinologie. II. 3. 1895.*

Ausführliche Krankengeschichten eines Falles von Kehlkopfsarkom complicirt mit Perichondritis und eines mit Laryngofissur behandelten Falles von Kehlkopftuberkulose. F. KLEMPERER.

66) **Arthur Kuttner. Laryngologische Irrungen.** *Archiv für Laryngologie und Rhinologie. II. 3. 1895.*

K. berichtet über 3 recht lehrreiche Fälle von Fehldiagnosen. Im ersten Fall stellte sich eine „doppelseitige Posticuslähmung" in sectione als entzündliche Fixation beider Crico-arytaenoid-Gelenke heraus. Im 2. Fall sah man intra vitam bei einer stark dyspnoischen Pat. eine Vorwölbung der Trachealschleimhaut, die für die Diagnose Aneurysma oder Mediastinaltumor verwerthet wurde. Die Vorwölbung erwies sich p. m. als eine entzündliche Schwellung der Schleimhaut oberhalb einer ausgedehnten Ulceration, die durch Zerfall gummöser Infiltration entstanden war. Der dritte Fall betrifft ein überraschend schnelles Zurückgehen von Oedemen und Geschwüren im Kehlkopf nach der Tracheotomie bei einem Fall von Kehlkopf-Syphilis, nicht -Tuberkulose. F. KLEMPERER.

67) **A. S. Dickinson. Ein Fall von acuter Laryngitis. (A case of acute laryngitis.)** *N. Y. Med. Record. 1. Juni 1895.*

Im Anschluss an die Geschichte eines Falles, der keinerlei besondere Züge aufweist, macht der Verf. auf die Anwendung von Calomel aufmerksam; er hält dieses Mitiel für das beste, das wir besitzen zur Abortivbehandlung acuter entzündlicher Krankheiten, vornehmlich der Luftwege.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

68) **M. E. Hughes. Ein Fall von acuter Laryngitis. (A case of acute laryngitis.)** *N. Y. Med. Record. 27. Juli 1895.*

Husten, Auswurf und Dyspnoe, die ziemlich heftig waren, verschwanden 30 Minuten, nachdem der Kehlkopf mit einem Spray von 4proc. Cocainlösung behandelt war. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

69) **E. Brockbank. Pulsus paradoxus bei Laryngitis acuta. (Pulsus paradoxus in acute laryngitis.)** *Brit. Med. Journal. 11. Mai 1895.*

Knabe von 6 Jahren; Athmungsbeschwerden seit 38 Stunden. Aufzeichnung

der Pulscurve vor der Tracheotomie. Tod in 2 Tagen. Die Section ergab membranöse Entzündung des Larynx und der Bronchien. ADOLPH BRONNER.

70) **Starling Loving. Der Pseudocroup. (False croup.)** *N. Y. Medical Record. 18. Mai 1895.*

Der Exitus letalis ist bei Pseudocroup ein recht seltenes Ereigniss; gewöhnlich erweist in solchen Fällen die Autopsie, dass doch ein echter Croup vorlag. Der Pseudocroup neigt sehr zu Recidiven, ein Anfall verursacht gewissermaassen den anderen. Die diagnostische Entscheidung über den diphtherischen Croup hat noch eine gewisse Schwierigkeit. Findet man den Diphtheriebacillus, so ist dies ausschlaggebend; aber es ist festzuhalten, dass man ihn nicht in allen Fällen findet, in denen er wirklich vorhanden ist. LEFFERTS.

71) **A. Sikkel** (Haag). **Etwas über Erkrankungen im Kehlkopf bei Typhus abdominalis. (Iets over ofwijkingen in den larynx bij typhus abdominalis.)** *Med. Weekbl. 10. August 1895.*

Uebersichtsartikel. H. BURGER.

72) **G. Hunter Mackenzie. Rheumatismus des Kehlkopfs. (Rheumatism of the larynx.)** *N. Y. Med. Journal. 5. Januar 1895.*

Der Artikel fügt den früheren Publicationen des Autors über diesen Gegenstand (cfr. Centralbl. XI., 11, p. 595) nichts Neues hinzu. LEFFERTS.

73) **H. R. Wharton. Ein Fall von acutem Kehlkopfoedem, in dem auf die Tracheotomie hin Heilung erfolgte. (A case of acute edema of the larynx in which recovery followed tracheotomy.)** *Phil. Med. News. 20. April 1895.*

Das Wesentlichste sagt die Ueberschrift. LEFFERTS.

74) **Hecht** (Mainz). **Beiträge zur Lehre von den Kehlkopfabscessen.** Dissertat. München. 1895.

Zwei Fälle von Kehlkopfabscessen aus dem Materiale von Schech. In dem ersten Falle handelte es sich um einen Geisteskranken, der sich einen grossen Schlüssel (Drücker) in den Rachen geschoben hatte. Durch diesen Fremdkörper war eine Perichondritis des Ringknorpels mit Uebergang in Abscessbildung erfolgt, welcher der Kranke erlag. In dem zweiten Falle handelte es sich ebenfalls um einen perichondritischen Abscess des Ringknorpels, hervorgerufen durch einen Fremdkörper (Knochenstück). Es gelang nicht, den Fremdkörper aufzufinden, sondern derselbe wurde etwa $^3/_4$ Jahre nach seinem Eindringen spontan ausgehustet. SEIFERT.

75) **Lacoarret. Bemerkungen über die Laryngitis chronica sicca. (Quelques considerations sur la laryngite chronique sèche.)** *Annales de la Policlinique de Toulouse. No. 3. März 1895.*

L. hält diese Erkrankung — in Uebereinstimmung mit Moure — nur für

eine Folge der chronischen Rhinopharyngitis; er führt eine Krankengeschichte als Beweis an.

E. J. MOURE.

76) **N. Haring. Chorditis tuberosa. (Nodes of the vocal cords.)** *Med. Chron. Februar 1895.*

Die Affection kommt meist bei Sängern, Pfarrern etc. vor; zwischen 18 und 22 Jahren. Die Patienten sind meist anämisch. Die Application von geschmolzener Chromsäure ist die beste Behandlung.

ADOLPH BRONNER.

77) **N. Haring. Ueberanstrengung der Stimmbänder. (Laryngeal strain.)** *Journ. of Laryngology. Mai 1895.*

Die Stimmbänder berühren sich oft nur an einer Stelle im vorderen Drittel und daher entstehen die Anschwellungen derselben (Laryngitis nodosa).

ADOLPH BRONNER.

78) **Habermann** (Graz). **Beiträge zur Kenntniss der chronischen Laryngitis mit Pachydermie.** *Zeitschr. f. Heilkunde. Prag. XVI. Bd. 2. u. 3. Heft. 1895.*

Diese sehr sorgfältige Arbeit stützt sich auf Untersuchung vieler Kehlköpfe, die nur an chronischem Catarrh litten. Tuberculose und Syphilis waren immer ausgeschlossen. 15 Fälle werden genauer beschrieben und daraus folgende Schlüsse abgeleitet. Die Mucosa und Submucosa der Stimm- und Taschenbänder und der Plica interarytaenoidea war immer chronisch hypertrophirt und zeigte nicht selten Wülste oder rundliche polypenartige oder papilläre Auswüchse. Das Plattenepithel war sehr verdickt, namentlich an den pachydermischen Stellen, schuppte öfters stark, und war oberflächlich verhornt (Nachweis von Keratohyalin). Geschwüre fand H. in den 15 Kehlköpfen 21 mal, gewöhnlich am Processus vocalis. Sie machten den Eindruck, als seien sie meistens kurz vor dem Tode entstanden; einige jedoch schienen schon lange während des Lebens bestanden zu haben und waren mit Nekrose des Knorpels des Proc. voc. kombinirt; andere endlich waren schon zur Vernarbung gelangt. H. glaubt daher, dass bei Pachydermie häufiger als man annimmt Geschwüre entstehen. Oedem fand er öfters an dem Kehlkopfeingange und an den Stimm- und Taschenbändern und zwar besonders bei Lungenemphysem, Cirrhose der Leber und ähnlichen mit Stauungen einhergehenden Erkrankungen, welche ja auch das Entstehen der Pachydermie sehr begünstigen. Details müssen im Originale nachgelesen werden, welches auch 4 gute Abbildungen bringt

CHIARI.

79) **Baurowicz** (Krakau). **Einige Worte über die sogenannte Chorditis vocalis hypertrophica inferior.** *Wiener med. Wochenschr. 1895. No. 20.*

B. glaubt, dass solche Formen entstehen können in Folge von Katarrh, Perichondritis und Sklerom. Sklerom war bei seinen Fällen immer die Ursache. Er wies das Sklerom hauptsächlich durch Impfuugen auf Agar-Agar eines excidirten Stückes nach; leider sind Frisch's, Friedländer's und Loewenberg's Kapselbakterien nur schwer zu unterscheiden, so dass die Diagnose aus dem Nasensekrete schwierig ist.

CHIARI.

80) **R. Levy. Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose; mit Krankengeschichten. (The treatment of laryngeal tuberculosis with a report of cases.)** *N. Y. Med. Journal. 20. Juli 1895.*

Für die besten Palliativmittel, die uns zur Verfügung stehen, hält L. die Milchsäure oder das Curettement oder die Combination beider.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

81) **C. C. Rice. Die Wichtigkeit der Jodkalibehandlung bei Kehlkopferkrankungen zweifelhafter Art. (The importance of administering jodide of potassium in laryngeal diseases of doubtful diagnosis.)** *N. Y. Medical Record. 6. Juli 1895.*

In Fällen, die auf maligne Erkrankung verdächtig sind, soll der Arzt stets den Pat. die Wohlthat einer Jodkali- und Quecksilbercur zu Theil werden lassen. Verf. führt einige Fälle auf, in denen Syphilis fälschlich für Tuberculose gehalten wurde.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

82) **Heymann. Adhäsionen und Verengerungen im Rachen und Larynx bei Syphilis. (Adhérences et rétrécissements pharyngiens et laryngiens dans la syphilis.)** *Arch. internat. de laryngol., otologie etc. No. 2. 1895.*

Der Verf. zeigt den gewöhnlichen Sitz dieser Processe (dicht an den Choanen, Grenze zwischen Mund- und Nasenrachen, unter Pharynx und Stimmbänder); als häufigste Ursache derselben sieht er die hereditäre Lues an; er weist am Schluss auf die Schwierigkeit der Therapie hin.

E. J. MOURE.

83) **Kümmel** (Breslau). **Die Behandlung von Verengerungen des Kehlkopfs und der Luftröhre mit besonderer Berücksichtigung der Anwendung von gläsernen Schornsteincanülen.** Habilitationsschrift. 1895.

Für die Behandlung mit Mikulicz'schen Glascanülen hält K. jene Fälle für geeignet, bei denen eine lange Ueberwachung des Krankheitsprocesses mit dem Auge erforderlich scheint (Sklerom, Tumoren mit Neigung zu Recidiven), ferner jene Fälle, bei denen es sich darum handelt, bei einer sich bildeuden Narbe von vornherein die Tendenz zur Stenose zurückzuhalten (Ersatzstück zu operativen Larynxknorpeldefecten, Stütze bei Larynxfracturen, propylactisches Dilatatorium bei Exstirpation von Schwielenbildungen mit Hülfe der Laryngofissur), schliesslich die schwersten Fälle von narbiger Striktur.

Die Vorzüge der Glascanüle bestehen in ihrer Einfachheit, dem Fehlen von Fugen, ihrer absoluten Unschädlichkeit und der geringen Belästigung, welche ihr Tragen dem Pat. verschafft. Bei den von K. mitgetheilten Fällen passirte es zweimal, dass der Griff abbrach, doch verblieb in beiden Stellen die Canüle an Ort und Stelle. Nur wenn das Rohr den Stimmbändern dicht anlag, oder gar überragte, wurde, selten, an dieser Stelle ein kleiner Decubitus beobachtet; tiefe Ulcera Knorpelnekrosen kamen trotz der gelegentlich recht lange dauerden Behandlung nie vor.

SEIFERT.

84) **F. L. Hupp. Ein Leitinstrument für die Trachealcanüle, brauchbar zum Offenhalten der Trachealwunde in dringenden Fällen. (A tracheal tubeguide, or emergency tracheal wound dilator.)** *N. Y. Med. Record. 27. Juli 1895.*

Das Instrument ist wie ein Sims'sches Speculum in Miniatur gearbeitet; es endigt in eine Sondenspitze, ist an der convexen Fläche mit einer Rinne versehen und die beiden Blätter convergiren nach der Sondenspitze zu. Hat nach der Durchschneidung der Trachealringe die Einführung der Canüle Schwierigkeiten, so kann schnell dieses Leitinstrumeut eingeführt werden, das sorgfältig an den durchschnittenen Ringen entlang nach unten geschoben und mit dem ein Zug in der Richtung zum Sternum hin ausgeführt wird. Fehlt eine Canüle, so kann man, wenn nichts als ein Taschenmesser zur Hand ist, allein mit Hülfe dieses Instrumentes die Trachea offen und das Kind am Leben erhalten, bis die Canüle kommt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

85) **Dillon Brown. Ein neuer Extractor zur Entfernung der Intubationsröhren aus dem Larynx. (A new extractor for the removal of intubation tubes from the larynx.)** *Phil. Med. News. 6. Juli 1895.*

B.'s Instrumente sollen die bekannten Schwierigkeiten der Extubation, die schon manchen zum Verlassen der ganzen Methode bestimmt haben, vermeiden. Die beigegebenen Abbildungen geben eine klare Anschauung von dem Gebrauch der Instrumente. Die neue Tube ist der alten sehr ähnlich; sie trägt am hinteren Ende des Kopfes ein starkes nach hinten gekrümmtes Auge, in das der Extractor, ein einfacher Haken, hineinpasst. Der Haken wird an der Fingerspitze befestigt, so dass die Palpation nicht beeinträchtigt ist, und zur Extubation mit dem Finger in den Larynx eingeführt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

86) **Colin Campbell. Intralaryngeale Injectionen. (Intra-laryngeal injections.)** *N. Y. Med. Record. 16. Februar 1895.*

C. berichtet über eine Anzahl Fälle von Erkrankung der Respirationsorgane, die er mittelst Injectionen durch den Larynx nach Rosenberg's Methode behandelt hat. Injicirt wurden zumeist Guajacol und Menthol gelöst in Olivenöl und Glycerin. Die Resultate waren bei manchen Fällen sehr ermuthigende.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

87) **Galliard. Acute Schilddrüsenentzündung mit Ausgang in Resolution. (Thyreidite aigue terminée par résolution.)** *'Soc. méd. des hôpit. 21. Juni 1895.*

Eine Frau von 40 Jahren, die niemals einen Kropf gehabt hat, erkältet sich in der Reconvalescenz von einer Grippe. Unmittelbar darauf Halsschmerzen, Schluckbeschwerden, Fieber. In den folgenden Tagen schwillt in schmerzhafter Weise der rechte Lappen der Schilddrüse an, in geringerem Maasse der linke Lappen. Keine Angina, keine Lymphdrüsenanschwellung. Im Urin kein Eiweiss. Die Diagnose lautet auf acute Thyroiditis ex influenza. Auf antiphlogistische Behandlung geht die Schwellung in 8 Tagen zurück.

A. CARTAZ.

88) **Henry Morris. Zwei Fälle von Operation wegen cystischer Bronchocele. (Two cases of operation for cystic bronchocele.)** *Lancet. 5. Januar 1895.*

Im ersten Falle, bei einem Mädchen von 21 Jahren, wurden im April 17 kleine Cysten aus der rechten Hälfte der Schilddrüse exstirpirt. Im November wurden mehrere Cysten der linken Hälfte enucleirt. Im zweiten Falle wurde eine grosse Cyste entfernt. In diesen Fällen hält Verf. es für das Beste, die Cysten einzeln zu enucleiren.

ADOLPH BRONNER.

89) **Moricet. Schilddrüsenhypertrophien und der Werth der Schilddrüsenexstirpation. (Des hypertrophies thyroidiennes; de la valeur des thyroidectomies.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Verf. stellt die verschiedenen zur Heilung des Kropfes angewandten Methoden zusammen; er verwirft die Totalexstirpation wegen ihrer Folgeerscheinungen (Myxoedem, Cretinismus); die partiellen Operationen dagegen findet er gerechtfertigt, besonders wenn der Patient die Jahre des Wachsthums hinter sich hat.

A. CARTAZ.

90) **C. F. A. Koch** (Groningen). **Demonstrationen.** *Ned. Tijdschrift v. Geneesk. 1895. II. No. 4.*

Uns interessiren folgende vorgestellte Patienten:

a) Eine Patientin mit Morbus Basedowi, bei welcher K. vor zwei Jahren die vier Arteriae thyreoideae unterbunden hat. Die Struma ist geschwunden; die übrigen Erscheinungen der Krankheit sind von der Operation nicht beeinflusst worden.

b) Zwei Actinomycose-Kranken, welche durch Jodkalium nahezu geheilt sind.

H. BURGER.

91) **Pässler** (Jena). **Erfahrungen über die Basedow'sche Krankheit.** *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. VI. Bd. 3. 4. 1895.*

In dem Bericht über 58 Falle von Morb. Basedowii sind die klinischen Erscheinungen dieses Krankheitsprocesses sorgfältig analysirt. Unter dieser Zahl von Erkrankten waren 43 (= 74pCt.) Weiber und nur 15 (= 26 pCt.) Männer. Beim weiblichen Geschlecht waren alle Uebergangsformen von schwereren zu den leichten Fällen zahlreich vertreten, während die männlichen Kranken meist entweder ganz leicht oder besonders schwer betroffen waren. Von diesen 58 Fällen waren nur 51 genauer beobachtet und deshalb nur diese in den Ausführungen berücksichtigt.

SEIFERT.

92) **J. Lemche** (Dänemark). **Ein Fall von Morb. Basodowii mit Pil gland. thyreoideae behandelt. (Et Tilfälde af Morb. Basedowii, behandlet med Pill. gland. thyr.)** *Hospitals-Tidende. 24. April 1895.*

Verf. hat einen Fall mit Thyreoidinpillen ohne nennenswerthe Resultate behandelt.

SCHMIEGELOW.

93) **Köhler. a) Myxoedem auf seltener Ursache beruhend. b) Kropfschwund nach halbseitiger Strumectomie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 9.*

Bereits referirt aus Berliner klinische Wochenschrjft 1894, No. 91.

LANDGRAF.

94) **Jas. P. Marsh. Ein Fall von acuter diffuser Sklerodermie bei einem Kind von 2 Jahren und 3 Monaten: ausgesprochene Besserung nach Darreichung von getrockneter Schilddrüse. (A case of acute diffuse scleroderma occurring in a child two years and three months of age; marked improvement following the administration of desiccated thyroid gland.)** *Philad. Medical News. 20. April 1895.*

Der Titel sagt genug über die Natur und den Verlauf des Falles.

LEFFERTS.

95) **Lanz** (Bern). **Zur Schilddrüsentherapie. Sind die Präparate der Schweinsschilddrüse wirksam?** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 10. 1895.*

Die Versuche mit Schweinsschilddrüse wurden zunächst an verschiedenen Thieren gemacht und zwar sowohl an solchen, welchen zuerst die Schilddrüse exstirpirt worden war, als an nicht thyreoidectomirten Thieren.

An thyreoidectomirten Hunden erwies sich die Einspritzung des Schweinsdrüsensaftes als sehr prompt gegen die spastischen Zustände und somit das Leben verlängernd, bei 2 Thieren hat es sogar den Anschein, als ob sie am Leben erhalten blieben.

Nicht thyreoidectomirte Kaninchen starben nach Injection von im Ganzen 34—36 ccm Schweinschilddrüsensaft am 10.—14. Tag unter hochgradiger Abmagerung, starker, theilweise gänzlicher Atrophie der Schilddrüse (!).

Aehnliche Versuche von Mäusen, mit demselben Resultate, dass sie wie die Kaninchen durch relativ grosse Dosen von Schilddrüsen des Schweines rasch starben.

Bei einigen Kaninchen und Hunden wurde die Schilddrüse vor, während und nach den Experimenten freigelegt und genau gemessen und beträchtliche Abnahme constatirt.

Versuche am Menschen; an thyreopriven und an kropfigen Menschen.

1. 54jähriger Herr ohne Schilddrüse, Zwergwuchs, allgemeines Oedem, fehlender Haar- und Bartwuchs, wulstige Lippen, Kopfdruck, Müdigkeit, Kältegefühl, trüber Humor, kein Schwitzen seit Kindheit, jedoch ganz entwickelte Intelligenz und zeitweise sarkastische Witzigkeit. Im Isthmus sind noch einige Drüsenträubchen nachzuweisen. Beginn der Behandlung Anfangs Januar. Schwitzt wieder, hat mehr Urin als früher, Kopf ganz mit wolligem Haar bedeckt, geistige Aufgelegtheit stark zunehmend, Kopfdruck, Schwindel schon lange gänzlich verschwunden, Oedem dito; als die beste Dosis Schilddrüse erweist sich 0,5 Schweinsschilddrüse, darüber hinaus entsteht Aufregung, Schwindel und Schlaflosigkeit.

2. Ein 16jähriger Knabe mit leichtem spontanem Myxoedem; nach mehreren Monaten Schilddrüseningestion bedeutende Besserung, noch nicht Heilung, aller Symptome.

3. Kachexia strumipriva, operirt 1881; rasche bedeutende Besserung nach allmäligem Steigen auf 18 Pillen mit je 0,2 Schweinsschilddrüse.

Unter 10 Fällen von Kropf stellte es sich heraus, dass die Pillen (2 Pillen à 0,5 pro die Anfangsdose) bei 4 Fällen mit einer hyperplastischen Schilddrüse die Hypertrophie rasch verschwand, während 6 Fälle Misserfolg hatten.

Verf. schliesst u. A.: Die Schilddrüse vom Schwein wirkt gleich wie diejenige von Schaf und Rind.

Die subcutane Injection wirkt viel intensiver auf Thiere als die Fütterung.

Die Schilddrüsenpräparate haben eine cumulative Wirkung. — Ref. hat mit den Schweinsdrüsenpillen (1—3 à 0,5 p. die) bei einem Fall wie obiger Fall 1, einem 30jährigen Schneider sehr rachen Erfolg auf das Allgemeinbefinden gehabt, leider denselben aber nicht weiter verfolgen können. Auf eine hyperplastische Schilddrüse wirkten 2 Pillen à 0,5 täglich rasch, aber eben gerade nur so lange als die Behandlung dauerte! — JONQUIÈRE.

g. Oesophagus.

96) **Petersen** (Kiel). **Zur Behandlung der narbigen Speiseröhrenverengerung.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 50. H. 3. 1895.*

In dem von P. beschriebenen Falle handelte es sich um eine durch Verschlucken von Seifenlauge entstandene narbige Striktur der Speiseröhre, die lange Zeit vergeblich behandelt worden war, auch nachdem eine Magenfistel angelegt war. Schliesslich gelang P. die allmälige Erweiterung vom Magen aus nach dem Kraske'schen Verfahren. Pat. konnte ein Schrotkorn verschlucken, an dem ein Faden befestigt war, der aus der Magenfistel herausgeleitet und in Verbindung mit einer Kraske'schen Olive gesetzt werden konnte. Nachdem Nr. 28 der Oliven durchgeführt, gelang auch die Sondenbehandlung von oben her. SEIFERT.

97) **Lourdille. Primärer Oesophaguskrebs. (Cancer primitif de l'oesophage.)** *Bull. soc. anat. Paris. 12. April 1895.*

Nichts Besonderes. A. CARTAZ.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Charles A. Parker** (London). **Adenoide Vegetationen. (Post-nasal growths.)** London. H. K. Lewis. 1894. 96 pp.

Der Schwerpunkt dieser kleinen Monographie liegt in dem Versuch, die Richtigkeit der Greville Mac Donald'schen Ansicht nachzuweisen, dass in Fällen nasaler Obstruction, zumal wenn dieselbe durch adenoide Vegetationen veranlasst ist, die Respiration während des Schlafes nasal und nicht buccal ist. Der Verf. untersuchte die Athmung von 50 an adenoiden Vegetationen leidenden Patienten, hauptsächlich Kindern, während des Schlafes, indem er dünne Watteflocken zuerst

vor den Mund, sodann vor die Nase der Versuchsobjecte hielt, und obwohl 86 pCt. derselben während des Schlafes den Mund geöffnet hielten, stellte sich heraus, dass in vollen 82pCt. die Respiration ausschliesslich nasal war, indem die vor den offenen Mund gehaltene Watteflocke sich gar nicht bewegte, dagegen in lebhafte Bewegungen versetzt wurde, sobald sie vor die Nasenlöcher gehalten wurde, während in weiteren 16pCt. die Athmung wenigstens theilweise nasal war. — Andere Theile des Büchleins sind weiteren Vertheidigungen der Mac Donald'schen Anschauungen über die Nasenathmung gewidmet, und im Uebrigen werden die Symptome, Folgeerscheinungen und Behandlungsmethoden der adenoiden Vegetationen ausführlicher Besprechung unterworfen.

Felix Semon.

---

b) J. Wyllie (Edinburgh). **Die Störungen der Sprache. (The disorders of speech.)** Edinburgh. Oliver u. Boyd. 1894. 495 pp. Mit 20 Abbildungen.

Kein Theil des W.'schen Buches verdient mehr unsere Aufmerksamkeit, als das Eröffnungscapitel über das Stottern; es ist dies eine der originellsten Partien des ganzen Werkes. Der Mechanismus der Sprachproduction wird in passender Weise mit dem Bogen und der die Saiten fassenden Hand des Violinspielers verglichen; der Kehlkopf, der die Stimmelemente für die Sprache liefert, gleicht dem ersteren, während letztere dem oralen Mechanismus entspricht, welcher die Töne in Klang und Timbre modificirt. Grossen Nachdruck legt W. auf die Thatsache, dass der gewöhnliche Defect der Stotterer in der grossen Mehrzahl der Fälle in der verzögerten Thätigkeit des laryngealen Mechanismus liegt, während die Störung im oralen Mechanismus nur bei einer kleinen Minorität von Fällen Ursache des Stotterns ist. W. stellt ein vorzügliches physiologisches Alphabet zusammen, das dem Stotterer ermöglichen soll, die Schwierigkeiten, die ihm die Sprache macht, zu überwinden; dies Alphabat ist derart eingerichtet, dass die stimmhaltigen Elemente von den stimmlosen scharf getrennt sind. Genaue Berücksichtigung findet die feine und exacte Arbeit, die der Larynx zu leisten hat, wenn er die Tonelemente für die Vocale und die tönenden Consonanten liefert und wenn zur Production der stimmlosen Consonanten die Tonbildung unterbrochen wird. Bei der Hervorbringung der Vocale liefert der Kehlkopf den Grundton und die Obertöne. Da die nach englischer Art ausgesprochenen Vocale nicht alle einfache Töne sind, wählt W. die lateinische Aussprache, nach der jeder Vocal einen einzigen bestimmten Ton hat; er stellt dabei die Reihe i, e, a, o, u auf, weil die Resonanzkammer des Mundes, die beim Ertönen des ersten Lautes i sehr dicht und eng ist, sich in dieser Reihenfolge immer mehr und mehr öffnet, bis sie schliesslich am Ende mit o + u (oo) ihre grössten Dimensionen erreicht hat. Die Consonanten werden in 3 Classen getheilt: 1. Die typischen 5 jeder Hemmungsstellung (stop-position); nämlich ein tonloser und ein tönender Explosivlaut (explosive or stop), ein nasaler Resonanzlaut (a nasal resonant) und ein tonloser und ein tönender Reibungslaut (fricative). 2. Die Extra-Reibungslaute (extra

fricatives). welche die 2. und 3. Hemmungsstellung (stop-positions) hervorzubringen im Stande sind, nämlich das l und r der zweiten Stellung und das rauhe r (burring r) der dritten. 3. Die tonlosen und die tönenden Reibungslaute (fricatives), die durch die zwei dentalen Positionen, die labio-dentale und die linguo-dentale, hervorgebracht werden; dieses sind im Ganzen 6, nämlich das tonlose f, das tönende v in der labio-dentalen und das stimmlose th und s und das tönende th und z in der linguo-dentalen Position.

Der Verf. zeigt dann, dass der Ausgangspunkt der Störung beim Stottern ein Mangel an Exactheit in der Hervorbringung des Tones für die ersten Silben und Wörter ist. Die Schwierigkeit ist am geringsten bei den Vocalen, bei denen der Ton das vorherrschende Element ist; dagegen nehmen die tonlosen Explosivlaute t, p, k eine Stellung am entgegengesetzten Ende der Scala ein. Immerhin sah Verf. bei mindestens 2 Fällen, dass die Kranken in der Aussprache der Vocale die grösste Schwierigkeit fanden. Eine eingehendere Analyse der Erscheinungen beim Stottern lässt erkennen, dass verschiedene Mängel des vocalen Mechanismus auf Unvollkommenheiten der Innervation zurückzuführen sind, im oralen Mechanismus auf ein Uebermaass von Energie; und weiter, dass in einigen wenigen Fällen die angewandte Energie, die von dem vocalen Mechanismus nur unvollkommen in Anspruch genommen wird, in excessivem Maasse überfliesst nicht nur in die Organe der Articulation, sondern auch in den oberen, nicht-vocalen Theil des Larynx, der aus den Taschenbändern und den Morgagni'schen Ventrikeln besteht. Diese Gebilde üben, wie Wyllie bereits 1865 in seiner Dissertation zeigte, eine Klappenthätigkeit aus derart, dass sie die Luft während gewisser Anstrengungen oder beim ersten Stadium von Husten unter starkem Drucke in der Brust eingeschlossen halten. Es zeigt sich, dass wenn während der Phonation die falschen Stimmbänder über den echten geschlossen werden, dass dann die Stimme des Patienten sofort unterbrochen wird und er mit offenem Mund und geröthetem Gesicht schweigend kämpft, ohne Erfolg, die gefangene Luft von sich zu geben. Diese Art des Stotterns hat Kussmaul als guttural-tetanisch beschrieben, nach W.'s Ansicht jedoch ist die Kussmaul'sche Erklärung ihres Zustandekommens nicht ausreichend.

Bei der Besprechung der Entstehung des Stotterns macht W. auch darauf aufmerksam, dass dasselbe mit anderen Sprachstörungen von weit ernsterer Bedeutung zusammen vorkommen kann, wie dies bei der Sprache der Idioten, bei progressiver Paralyse und auch bei echter Aphasie manchmal der Fall ist.

In dem Abschnitt über die Behandlung des Stotterns empfiehlt W. dringend, den Patienten so energisch wie möglich darüber aufzuklären, dass sein Larynx es ist, der fehlerhaft arbeitet; alles, was dazu mithelfen kann, dem Pat. die richtige Herrschaft über seine Stimme zu gewinnen, muss unterstützt werden. Am Schlusse dieses Abschnittes verwirft Verf. aufs schärfste alle chirurgischen Eingriffe, durch die man das Stottern angeblich hat heilen können; nach seiner Meinung, der Ref. sich vollständig anschliesst, soll man zu ihnen unter keinen Umständen greifen. In gleicher Weise scheint ihm die Einführung von Instrumenten oder Fremdkörpern in den Mund (wie Kieselsteine, Zungenhalter u. a.) absolut verwerflich.

Bezüglich der Physiologie der Flüsterstimme hält W. es für falsch, wenn

unsere gebräuchlichen Lehrbücher schreiben, dass das Flüstern Sprache ohne Stimme ist. Er hält vielmehr durchaus die Ansichten von Brücke für richtig, die von Czermak bestätigt wurden, dass nämlich ein Reibe-Geräusch (a fricative noise) in der Glottis entsteht durch den theilweisen Schluss der Stimmbänder, die sich während der Flüstersprache sonst in derselben Weise öffnen und schliessen, wie bei der gewöhnlichen tönenden Sprache. Nach W.'s Meinung führt complete Lähmung des Larynx auch complete Stummheit herbei.

Der Unterschied zwischen hysterischer Aphonie und hysterischer Stummheit wird betont und Verf. ist der Ansicht, dass Charcot's Erklärung der letzteren als durch corticale Störung bedingt (eine Anschauung, die nothwendig wurde durch die von den Physiologen übernommene Theorie, dass die Flüstersprache allein in dem oralen Mechanismus ohne Theilnahme des laryngealen ihre Entstehung finde) nicht den Grund der Dinge trifft. W.'s Ansicht geht dahin, dass die hysterische Stummheit ihrem Wesen nach dasselbe ist, wie hysterische Aphonie, nur weiter vorgeschritten, und dass in der Mehrzahl der Fälle die Störung in dem vocalen Mechanismus liegt. Nichtsdestoweniger glaubt er, dass beide Affectionen, hysterische Aphonie und Mutismus, nicht blos als rein peripherische Störungen des Sprachmechanismus anzusehen sind, sondern dass auch das eine oder andere oder beide corticale Centren, von denen dieser innervirt wird, in Mitleidenschaft gezogen sind.

Der Theil des Buches, der von den Störungen bei professionellen Rednern und Sängern handelt, wird durch einige physiologische Betrachtungen eingeleitet. Die Tragkraft der Rede hängt fast ganz von der Stärke des stimmlichen Elementes ab, während das Timbre oder die Qualität der Sprache wahrscheinlich mehr von dem Zustand und der Pflege des Pharynx und anderer accessorischer Theile, wie des Mundes, als vom Larynx selbst und dessen Zustand abhängt. Von der spasmodischen Form der professionellen Ermüdungsneurosen wird angenommen, dass sie durch die Mitwirkung der falschen Stimmbänder und der Morgagni'schen Taschen zustande kommt, ohne deren valvuläre Thätigkeit ein so vollständiger Glottisverschluss, wie er manchmal vorhanden ist, unmöglich vorkommen kann: in diesen Fällen vermag der Patient keinen Ton von sich zu geben.

In demselben Kapitel bespricht der Verf. am Schluss den Schreibkrampf; er entschuldigt die Einbeziehung dieses Leidens in ein Buch über die Sprachstörungen damit, dass gerade öffentliche Redner oft an dieser Krankheit leiden, und ausserdem mit der Analogie dieser Affectionen mit den Ermüdungsneurosen des Kehlkopfs.

Als Einleitung in das Studium der Entwicklungsstörungen der Sprache dient ein Kapitel, in dem die von Darwin und Preyer aufgestellten Ansichten über über die Entwicklung der Sprache beim Kinde besprochen werden. Ein beigegebenes Diagramm unterstützt das Verständniss der im Texte dargelegten Theorien sehr wesentlich. Drei Functionen erfüllt nach W. der Gebrauch der Stimme: 1. ist sie eine gesunde Uebung für die Respirationsorgane; 2. im Verein mit dem Mienenspiel und der Gesticulation ist sie ein Mittel zum Ausdruck gemüthlicher Affekte; 3. in enger Verbindung mit der oralen Articulation ist sie das Hauptmittel für den Ausdruck der Gedanken.

Bezüglich der Spachstörungen bei Idioten und Imbecillen schliesst W. sich den Anschauungen von Ireland an, wonach in ihren geistigen Erscheinungen die Idiotie einer Fixirung des infantilen Zustandes gleichkommt. Die Fälle lassen sich in aufsteigender Reihe anordnen von dem Zustand, in dem die geistigen Fähigkeiten vollständig gleich Null sind, bis zu einem Niveau der intellectuellen und Sprachfähigkeit, das nur wenig unter dem normal veranlagter Individuen steht. Der Hauptdefect in der Sprache der Imbecillen ist das Lallen; Stottern ist gelegentlich damit verbunden. Bei den niederen Graden von Imbecillität trifft man das Schwatzen, Grunzen, die Echolalie und den Gebrauch von „Worten eigener Erfindung" und zwar stets bei den geistigen Entwicklungsstufen, die auf etwa gleicher Höhe stehen mit der normalen Entwicklung eines Kindes, das jene Spracheigenthümlichkeiten besitzt.

Bei Besprechung der Stummheit wird hervorgehoben, dass der Defect des vocalen Mechanismus ein so ausgedehnter sein kann, dass selbst der Schrei dem Kinde unmöglich ist. Die Stimme kann das den Pubertätsjahren eigenthümliche Umschlagen beibehalten; oder sie ändert sich überhaupt nicht in der Pubertät und behält ihren puerilen Character und ihre Höhe. Die grosse Entwicklungsneurose aber des vocalen Mechanismus ist das Stottern; dieses steht im Gegensatz zum Lallen, einem Defect des oralen Articulationsmechanismus, und während das Stottern in der Mehrzahl der Fälle kein Zeichen eines intellectuellen Defectes ist, entspricht das Lallen in der grossen Mehrzahl der Fälle geistiger Imbecillität.

Die Entwicklung der Sprache beim Menschengeschlecht, die Classification der Sprachen, die Erfindung des Drucks und der Druck für Blinde werden besprochen und die Anschauungen der wesentlichsten Autoren auf diesen Gebieten wiedergegeben.

Bei Besprechung der Sprache in ihren Beziehungen zu Geistesstörung erklärt W., dass die Anschauung, derzufolge es keinen Gedanken ohne Sprache, und keine Sprache ohne Gedanken gebe, an dem Studium der Sprache der Imbecillen, Taubstummen, Aphatischen und Irren keine Stütze finde; im Gegentheil sind Sprache und Gedanken, wenn auch eng verbunden, ihrem Wesen nach doch scharf getrennt. W. schliesst sich der, wie uns scheint, richtigen Ansicht an, dass das Wortsprachcentrum in der Hirnrinde sensorisch-motorischer Natur, und nicht rein motorisch ist; er betont, dass gewisse Hallucinationen des Irren von einer abnormen Lebhaftigkeit des psycho-motorischen Wortbildes abhängen können; solche Patienten sind gleichsam von Geistern besessen, die in ihren Körpern leben und zu Aeusserungen Anlass geben, welche hörbar, aber ohne den Willen des Patienten ausgesprochen werden können.

Bezüglich der Reflex-Sprache ist Wyllie der Meinung, dass bei den conventionellen Antworten auf die gewöhnlichen conventionellen Fragen ein geringer Grad geistigen Bewusstwerdens und ein schwaches Aufdämmern der Frage vorhanden und der Process kein rein reflectorischer ist. Bei den Monologen der Irren andererseits scheinen die Sprachorgane gewissermaassen auf eigene Rechnung zu arbeiten, geistige Fähigkeiten dürften mit ihrer Entstehung nichts zu thun zu haben.

In dem Abschnitt über die Sprache bei Demenz wird die Thatsache erwähnt,

dass bei der senilen Demenz die Stimme ihren früheren Umfang, ihre Tiefe und ihre Modulationsfähigkeit verliert. Sie wird monotoner und bekommt einen höheren Klang. Diese Verändungen kommen jedoch eher auf Rechnung des körperlichen, als des geistigen Verfalls. Aenderungen in der Articulation indessen stehen zur Demenz in engerer Beziehung.

Die Defecte im oralen Articulations-Mechanismus der Sprache des progressiven Paralytikers werden ausführlich besprochen und bemerkt, dass in den vorgeschrittenen Stadien dieser Krankheit die Stimme monoton und bisweilen höher wird und dass sie manchmal ein eigenartiges aegophonisches Zittern bekommt.

Als Einleitung in die Besprechung der Aphasie berichtet der Verfasser über eine Reihe sehr einfacher, aber höchst instructiver Experimente, durch welche die Richtigkeit der Annahme erwiesen werden soll, dass unsere primäre und einfachste Idee von einem Gegenstande sich in der Weise bildet, dass die Eindrücke, welche jener Gegenstand auf unser Sensorium durch die Sinnesorgane gemacht hat, wieder aufleben. W. ist der Ansicht, dass alle bekannten Thatsachen sich wohl mit der Theorie vereinigen lassen, dass wenn in dem Geiste durch Zusammenfügung verschiedener Erinnerungsbilder sensorischer und motorischer Natur, welche in ihren respectiven Centren wieder aufgelebt sind, eine Vorstellung sich bildet, dass dann die Erinnerungsbilder jedes in seiner zugehörigen Lage bleiben und von dem Intellect blos von ihnen Kenntniss genommen wird, während sie in situ verbleiben. Die übergeordnete Intelligenz, welche in dieser Weise Kenntniss nimmt und die Eindrücke fixirt und so gruppirt, dass die Vorstellungen daraus entstehen, soll der Rinde als Ganzes innewohnen, ohne in Herde begrenzt zu sein. W. erörtert dann die interessante Frage, warum die Spracherinnerungen und -Bilder fast ausschliesslich in den Rindencentren einer Hirnhälfte niedergelegt sind, und schliesst sich der von dem verstorbenen Dr. Moxon gegebenen Erklärung an. Zur Erziehung der sensorischen und motorischen Centren, die mit der Reception und Production der Sprache betraut sind, ist eine concentrirte Aufmerksamkeit ganz besonders nothwendig. Es genügt nun für die Zwecke der Sprache, wenn diese so feinen und so complicirten Erinnerungsbilder nur der einen Hirnseite eingeprägt werden, und damit wird eine erhebliche Schonung nervöser Energie erzielt, indem statt beider Hemisphären nur die eine trainirt wird. Broadbent's Hypothese von der cerebralen Repräsentation einseitiger und beiderseitiger Bewegungen wird zur Stütze dieser Anschauung herangezogen, indem die Bewegungen bilateral sind und von jeder der beiden Hemisphären ausgelöst werden können.

Das Kapitel über die Aphasie giebt ein vortreffliches Resumé über unsere gegenwärtigen Kenntnisse von diesem complicirten Gegenstande; der Verfasser vermag zwar nichts Neues für diese Frage beizubringen, mit Ausnahme einiger lehrreicher Krankengeschichten, die früheren Theorien zur Stütze dienen sollen, aber er breitet die Anschauungen der wesentlichsten Autoren auf diesem Gebiete in überaus klarer Weise vor dem Leser aus und übt in Punkten, über die noch Meinungsverschiedenheiten bestehen, eine ruhige und überzeugende Kritik. Besondere Berücksichtigungen erfahren die Beobachtungen von Wernicke und Lichtheim,

ferner die Anschauungen Hughlings Jackson's. Die neueste Arbeit von Déjérine und Sérieux, denen wir die scharfe Trennung zwischen den zwei Klassen von Fällen von Wortblindheit — mit oder ohne gleichzeitige Agraphie — verdanken, ist bereits angezogen.

Was die Beziehungen der Aphasie zur Epilepsie anlangt, so ist W. der Ansicht, dass die Annahme starke Wahrscheinlichkeit für sich hat, dass der epileptische Schrei, der so häufig dem Anfall vorausgeht, durch eine plötzliche motorische Entladung des Phonationscentrums erfolgt, eine Ansicht, die entschieden discutirbar ist und der wir nicht in der Lage sind uns anzuschliessen.

Das Kapitel über die dysathrischen und anathrischen Störungen der Sprache durch Affectionen im Gebiet der motorischen Sprachbahnen wird eingeleitet durch eine kurze Skizze der Anatomie und Physiologie der motorischen Bahnen für das das Sprechen und Schreiben. W. theilt die motorische Bahn in einen ersten und zweiten „trophischen Bezirk"; der erste umfasst die motorischen Zellen der Hirnrinde zusammen mit den Fasern, die von ihnen zu den motorischen Kernen in der Medulla und die Nervenfasern von ihnen bis in die verschiedenen Muskeln. Mit der Art, in der Wyllie die Sprachstörungen durch Läsionen des „ersten trophischen Bezirks" abhandelt, können wir uns in jeder Weise einverstanden erklären; nicht so mit der Besprechung der Läsionen des „zweiten trophischen Bezirks". In den Vordergrund stellt W. die Anschauungen von Gowers, der die Thatsache, dass Reizung des Recurrens Schluss der Glottis herbeiführt, damit zu erklären sucht, dass die Gesammtmasse und -Kraft der Adductoren stärker ist und dass der schwächere Abductor durch seinen Ansatzwinkel etc. noch in mechanisch ungünstigere Wirkungsbedingungen gesetzt ist. Dabei lässt W. jedoch die Thatsache gänzlich ausser Acht, dass der Schluss der Stimmbänder auf Reizung des Recurrens nur beim erwachsenen Thiere erfolgt, bei jungen Thieren dagegen gerade das Gegentheil zu beobachten ist, nämlich Glottisöffnung statt -Schluss; ein Verhältniss, das mit Gowers' Erklärung nicht in Einklang zu bringen ist.

W.'s Darlegungen über die von Semon aufgestellte Erklärung erwecken den Anschein, als ob die Erklärung dieses Autors hypothetischer Natur wäre, was durchaus nicht der Fall ist. Semon constatirt in den zwei Faserbündeln, die den Recurrensstamm zusammensetzen, diesen eigenthümliche physiologische Verschiedenheiten; die adducirenden Fasern besitzen eine grössere Reizbarkeit, wodurch der Glottisverschluss bei Reizung des gesammten Recurrens erklärt wird; die abducirenden Fasern dagegen haben eine grössere Vulnerabilität, wodurch die Thatsache ihre Erklärung findet, dass bei Druck auf den Nerven Lähmung der Abduction der Adductionslähmung vorhergeht. Mit Rücksicht hierauf sagt Wyllie: „Hiernach muss, wenn es sich als sicher herausstellt, dass in diesen Fällen von Druck auf den Nerven der Ausfall in der Abduction wirklich ein grösserer ist, die Semon'sche Erklärung acceptirt werden". Nun stützt sich aber diese ganze Theorie gerade auf die anerkannte Thatsache, dass in Fällen von Druck auf den Recurrens die Abductoren früher erliegen als die Adductoren, und darum sind Wyllie's Ausstellungen an der Semon'schen Erklärung als verfehlt zu betrachten.

Morell Mackenzie's Erklärungsversuch, dass die frühere Abductorenparese bei Druck auf den Nerven möglicherweise auf eine periphere Anordnung der abducirenden Fasern in der äusseren Zone des Nervenstammes zurückzuführen sei, ist durch die Ergebnisse des Experiments, speciell durch die Untersuchungen des Referenten als irrig erkannt worden. W.'s Angabe aber, dass der letztgenannte Autor die adducirenden und abducirenden Fasern in indifferenter Weise durch die ganze Dicke des Nervenstammes vermischt fand, ist kaum als zutreffend zu erachten, da gerade Referent fand, dass die Fasern weder so angeordnet liegen, wie Mackenzie vermuthete, noch auch unterschiedslos durcheinander, sondern dass die adducirenden Fasern in einem Bündel angeordnet sind und die abducirenden in einem anderen und dass beide neben einander liegen, auch anatomisch scharf von einander gesondert.

Die Ausdehnung der Semon'schen Theorie auf die medullären Kerne der Kehlkopfnerven, in dem Sinne, dass auch hier die abducirenden Nervenkerne vulnerabler wären, wird unhaltbar hingestellt, weil die degenerativen Processe, welche die Medulla ergreifen, die Abductionskerne durchgehends nicht bevorzugen. [Wie steht es z. B. mit der Tabes? F. S.]

Bei Besprechung der differentialdiagnostischen Frage, ob eine bestehende Kehlkopflähmung functioneller oder organischer Natur sei, kommt W. zu folgenden Schlüssen: 1. doppelseitige Parese der Adductoren ohne Betheiligung der Abductoren ist fast stets functioneller Natur: nur in wenigen Ausnahmefällen kann dieselbe organischen Ursprungs sein; 2. doppelseitige Lähmung der Abductoren ohne ersichtliche Affection der Adductoren ist sehr gewöhnlich organisch bedingt. Nur ein paar Beobachter, darunter Gowers sind der Ansicht, dass in seltenen Fällen diese Lähmung functioneller Art sein kann; 3. bilaterale Abductoren- und Adductorenlähmung ist stets organischer Natur. — Was die einseitige Lähmung anlangt, so ist diese thatsächlich stets organischer Herkunft. Die Möglichkeit einseitiger Parese der Adductoren in seltenen Fällen von Hysterie wird in Zusammenhang mit Masini's Ansicht von der unvollkommen bilateralen motorischen Vertretung der Stimmbänder in der Hirnrinde besprochen. W. selbst schliesst sich aber den besser gestützten Anschauungen von Semon und Horsley an, dass die corticale Repräsentation der Stimmbänder eine vollkommen bilaterale sei.

Unter den Störungen des „zweiten trophischen Bezirkes" des oralen Mechanismus der Articulation führt W. auch den Verlust der Explosivkraft des Hustenstosses an, welcher oft das erste Zeichen bildet, dass bei der Ausbreitung bulbärer Lähmung der Larynx in Mitleidenschaft gezogen wird. Gowers ist der Ansicht, dass dies ein erstes Zeichen von Adductorenparese ist, indem er von der Meinung ausgeht, dass den Hustenakt ein Glottisschluss einleitet und dass die Coaptation der gesammten Stimmbandmuskeln die Sprengung des Verschlusses herbeiführt. W. schliesst sich dieser Ansicht nicht an und ist vielmehr der Meinung, dass der Schluss erzielt wird durch die valvuläre Wirkung der falschen Bänder und der Morgagni'schen Ventrikel, von der oben bereits die Rede war; er nimmt nun die Möglichkeit an, dass die nervösen Kerne für diese Bewegung im Verlauf einer progressiven Bulbärparalyse vor den Nervenkernen, welche die gewöhnlichen Ad-

ductoren des Larynx innerviren, ergriffen werden und dass daraus der frühe Verlust der Explosivfähigkeit des Hustens resultirt. Die Aehnlichkeit zwischen dieser Art von Husten und dem „Rinderhusten“ wird so erklärt, dass dem Rinde die falschen Stimmbänder und die Morgagni'schen Ventrikel fehlen. Die Thatsache, dass bei Hysterie das Element der Stimme oft verloren ist, die Explosivfähigkeit aber erhalten, wird erwähnt. Diese Erscheinung weist nach des Verf.'s Ansicht darauf hin, dass eine Parese der Adductoren der wahren Stimmbänder, ohne Adductorenparese der falschen Stimmbänder möglich ist. Noch durch eine Reihe anderer Betrachtungen sucht W. die Anschauung zu stützen, dass der Hustenakt durch zwei verschiedene laryngeale Mechanismen, den der wahren und den der falschen Stimmbänder zu Stande kommt und in einer beinahe als pathetisch zu zu bezeichnenden Weise appellirt er an die Physiologen und Aerzte, denen er diese Frage als der Beachtung werth ans Herz legt. Es ist dies keineswegs unberechtigt, handelt es sich doch um einen Gegenstand, der ebenso wichtig, wie bisher vernachlässigt ist, obgleich W. seine Theorie bereits vor 30 Jahren aufgestellt hat und dieselbe vor 11 Jahren von Brunton und Cash experimentell bestätigt wurde.

Den Schluss des Werkes bildet ein Anhang, dessen erster Theil die Krankengeschichten von 3 Fällen von Sprachstörung enthält und der im zweiten Theil die Arbeit über die eben besprochene Thätigkeit der falschen Stimmbänder und der Morgagni'schen Ventrikel im Original wiedergiebt.

Das Werk enthält eine Reihe von Abbildungen, die in der Mehrzahl original, zum Theil anderen Büchern entlehnt sind.

Wir können die Besprechung des verdienstvollen Buches nicht schliessen, ohne den Verf. zu beglückwünschen zu der vortrefflichen Leistung, die ein schönes Licht nicht nur auf ihn, sondern auch auf die Edinburgher Schule wirft.

Risien Russell (London).

---

c) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

2. Jahresversammlung in Amsterdam, 1. Juli 1894.

In den Vorstand wurden wiedergewählt als Vorsitzender Prof. Guye, als Schatzmeister Prof. Doyer, als Schriftführer Dr. Burger.

I. Guye (Amsterdam): Ein Fall von Crista septi narium.

G. hat den vorgestellten 10jährigen Kranken früher wegen Mittelohrentzündung, Tonsillenhypertrophie und adenoïden Wucherungen behandelt. Sechs Jahre später kam er wieder zu ihm, weil die linke Nasenhälfte allmälig undurchgängig geworden war. G. fand eine grosse, mit der unteren Concha verwachsene Leiste, welche früher nicht dagewesen war, und deren Entstehen er deshalb mit sehr

grosser Wahrscheinlichkeit auf einen Schlag auf die Nase mit einem Cricketball im vorigen Jahre zurückführen kann. Er ist der Ansicht, dass die traumatische Genese der Septumleisten die Regel bildet. Die Crista wurde abgetragen; der Pat. geheilt entlassen. Nach einem halben Jahre zeigte letzterer sich wieder, und G. fand von neuem die linke Nasenhälfte durch einen Auswuchs der Scheidewand verlegt. Auch dieser wurde entfernt; recidivirte aber in 3 Monaten. G. erklärt diese Neigung zur Recidive dadurch, dass das Septum durch das Trauma desequilibrirt worden, und dann unter dem Einfluss des Wachsthums sich immer wieder nach der kranken Seite vorwölbte. G. hat das Leiden durch eine „orthopädische" Behandlung zu bekämpfen gesucht, indem er Kautschukröhrchen, dick 6, 8, 10, 12 mm, lang 8—10 cm, dauernd in der Nase hat tragen lassen. Seit einem halben Jahre trägt Pat. das Röhrchen täglich nur noch 1—2 Stunden. Das Resultat ist sehr gut; die subjectiven Beschwerden haben vollständig nachgelassen.

II. Posthumus Meyes (Amsterdam): Zwei Fälle von Carcinoma pharyngis.

In beiden Fällen existirt ein auffälliges Missverhältniss zwischen den unbedeutenden Klagen und dem Ernst des Leidens. Der erste Pat., 34 J. alt, hat seit $^1/_2$ Jahre rechtsseitige Nasenverstopfung, seit 6 Wochen eine Schwellung am Halse. Vor $^1/_2$ Jahre hat er heftiges Nasenbluten gehabt. Es wurde im Nasenrachenraum eine taubeneigrosse Geschwulst gefunden, welche den weichen Gaumen nach unten drückte. Um dem Pat. Luft zu geben, hat M. mit dem Gottstein'schen Ringmesser die Geschwulst abgetragen, wodurch eine freie Nasenathmung hergestellt wurde. Bei dem zweiten Pat., 51 Jahr alt, der seit Herbst 1893 an Nasenverstopfung und ausstrahlenden Schmerzen im Genick leidet, und bei dem später Lymphdrüsenschwellungen, fötide Naseneiterung und rechtsseitiger Ohrenfluss aufgetreten sind, ist die ganze Nase mit leicht blutenden Tumoren und Eiter gefüllt, während der weiche Gaumen durch eine von der rechten Rachenwand ausgehende Geschwulst verdrängt ist. Die Geschwulst geht wahrscheinlich vom Keilbein aus. Das Allgemeinbefinden ist kaum gestört. In beiden Fällen ist auch mikroskopisch die Diagnose: Carcinom gestellt worden.

III. Pel (Amsterdam): A. Hysterische Posticusparalyse.

Ein Fräulein mit linksseitiger Posticusparalyse, wofür alle gewöhnlichen ätiologischen Momente fehlen. Dagegen hat Pat. eine ganze Reihe von hysterischen Klagen.

An der Discussion betheiligen sich die Herren Burger, Zwaardemaker und der Vortragende.

B. Posticusparalyse bei Tabes.

Als der 57jährige Pat. sich in Behandlung stellte, war keine andere Abweichung aufzufinden als eine doppelseitige Posticusparalyse. Früher waren vorübergehende Abducenslähmuegen beobachtet worden. Die Diagnose lautete Tabes

und ist durch den späteren Verlauf durchaus bestätigt worden. Während die Posticusparalysen geblieben sind, haben sich mehrere typische, tabische Symptome entwickelt (Zugleich Richtigstellung des ungenauen Referates im X. Band, S. 476, No. 157, III. Ref.).

Burger. Ich habe den Pat. gekannt, bevor er in die Klinik aufgenommen wurde. Die Kniereflexe waren dann noch unvermindert. Die Posticusparalyse war damals auf der linken Seite von einer secundären Adductorencontractur begleitet, welche auf der rechten Seite fehlte.

Pel: Seitdem hat sich, wie Sie sehen, auch das rechte Stimmband der Medianlinie genähert.

IV. Burger (Amsterdam) und Pel: Ein Fall von luetischen Hirnnervenparalysen.

Ausführliche Schilderung der Krankengeschichte nebst Demonstration des Patienten, eines 23jährigen Mannes, der an einer ganzen Gruppe von luetischen Hirnnervenparalysen erkrankt war. Paralysirt war: die rechte Seite des Velum palatinum, der rechte Abducens, der rechte Facialis, der rechte Acusticus, der rechte Posticus, die sensible Innervation der rechten Seite der Nase, des Rachens, und des Kehlkopfes. Unter specifischer Behandlung verschwanden alle diese Lähmungen, mit Ausnahme derjenigen des Posticus und des Palatums. In dieser Geschichte betont B. folgende interessante Punkte: 1. die äusserst kurze Frist zwischen dem luetischen Primär-Affect und den Hirnnervenparalysen (kaum $^1/_2$ Jahr); 2. die grössere Hartnäckigkeit der Posticuslähmung; 3. die mit einer ganzen Gruppe von rechtsseitigen Paralysen coincidirende rechtsseitige Hemianästhesie des Larynx, eine Thatsache, welche eine doppelseitige, gekreuzte sensible Larynx-Innervation für den vorliegenden Fall ausschliessen lässt; 4. die Heilung der Facialisparalyse, während die Gaumenlähmung ebenso wie die Posticusparalyse persistirte, so dass auch hier für die Innervation des Gaumens nicht der Facialis, sondern vielmehr der Vago-Accessorius verantwortlich gemacht werden muss.

Später traten Lähmungen des Facialis und Acusticus von neuem auf, und nach einigen Monaten entstand unter heftigen cerebralen Erscheinungen eine linksseitige Hemiparese der Extremitäten. Die naheliegende Diagnose einer Erkrankung der Pons Varoli schliesst P. aus folgenden Gründen aus: 1. die Lähmung der Hirnnerven und diejenige der Extremitäten sind nicht zu gleicher Zeit aufgetreten; 2. die Hemiparese ist corticalen Charakters; 3. es sind so viele Hirnnerven afficirt. Die Hemiparese stellt P. von einer Endarteritis obliterans arteriae fossae Sylvii, die Hirnnervenlähmungen von einem Leiden der Basis cerebri abhängig. Unter einem energischem „Traitement mixte“ ist jetzt alles geheilt mit Ausnahme von den Lähmungen des Posticus und des Gaumens, sowie derjenigen des Facialis, welche offenbar eine Folge descendirender Neuritis ist. P. glaubt, dass der Vago-Accessorius stets der motorische Nerv der Gaumenbögen ist.

V. Burger: Vier Fälle von Larynx-Lupus.

E. stellt 2 Fälle von primärem Kehlkopf-Lupus und zwei andere Fälle vor, in welchen auch Lupus der Nase, resp. der Nase und des Mundes besteht. Der erstere Pat., ein 15jähriger Knabe, ist vor $^1/_2$ Jahr allmälig aphonisch geworden. Der freie Theil der Epiglottis ist verloren gegangen; die Epiglottis und die ary-epiglottischen Falten zeigen sich als fingerdicke, lebhaft granulirende Wülste, welche den Larynxeingang bis auf eine äusserst feine Spalte verlegen. Behandlung mit unverdünnter Milchsäure täglich während neun Wochen. Fast vollständige Heilung; das Larynxinnere ist gesund; vorläufig ist nur eine unbedeutende Verengerung des Kehlkopfeinganges entstanden.

Das Bild der zweiten Patientin sah dem beschriebenen sehr ähnlich. Hier wurde das ganze Bild von der üppig granulirenden Vorderseite der Epiglottis eingenommen. Behandlung mit dem Galvanocauter und unverdünter Milchsäure mit vorläufig höchst befriedigendem Resultat. B. erklärt sich nachdrücklich für eine consequent durchgeführte topische Behandlung von Larynx-Lupus.

Bei der dritten Patientin ist ein mit zahlreichen Knötchen und Geschwürchen einhergehender Lupus der Mundschleimhaut längere Zeit mittelst Galvanocaustik und Milchsäure ohne Erfolg behandelt worden. Dann hat B. mit Chromsäure eine schnelle und ausgiebige Besserung erhalten. Im Larynx fanden sich, ausser geringen Granulationen am Epiglottisrand, breite Infiltrate in den lateralen Kehlkopfflächen vor. Auch die vierte Patientin hatte solche Infiltrationen „en masse“ der breiten Seitenflächen, sowie des unteren Theiles der Epiglottis. Bei dieser Form des Lupus ist es äusserst schwer zu bestimmen, wann der Process wirklich geheilt ist. Diese indolenten, lupösen Infiltrate haben eine normale Farbe, sie sind nur etwas matter, unebener, trockener als die gesunde Schleimhaut. B. empfiehlt in solchen Fällen die Galvanocaustik mit täglicher Anwendung von Milchsäure zu verbinden, und letztere Behandlung nach einer scheinbaren Genesung noch viele Wochen lang fortzusetzen.

Bei allen diesen Patienten sind die subjectiven Symptome unbedeutend oder ganz abwesend, der allgemeine Zustand ein ausgezeichneter, der Verlauf äusserst langsam: nie Secrete vorhanden; die Stimmbänder intact.

VI. Michelsen (Amsterdam): Eine neue Behandlungsweise der hysterischen Aphonie u. s. w.

Die Methode besteht darin, dass der Arzt nach einiger Vorbereitnng, als werde etwas Ernstes stattfinden, dem Kranken den Finger in die Nasenrachenhöhle bringt, wie bei der Adenoid-Operation. Diese Manipulation verursacht oft eine grosse Aufregung. Dann ist es wahrscheinlich der Schrecken, welcher reflectorisch das Zurückkehren der Stimme auslöst. Nachdem Pat. mit Schreien aufgehört hat, lasse man ihn augenblicklich mit lauter Stimme zählen, und damit auch auf der Strasse fortfahren. Die Resultate dieser Methode waren am besten: 1. bei der nervösen Aphonie; 2. bei Kranken mit hysterischer Aphonie und adenoiden Vegetationen; 3. bei Paraesthesien. Dieselbe hatte weniger Erfolg: 1. wenn sie früher bereits an-

gewendet worden war; 2. bei hysterischen Simulationen und Zwangsvorstellungen; 3. bei apathischen Hysterischen, welche nicht reagiren, wie das bei atrophischer Pharyngitis oft der Fall ist.

VII. Zwaardemaker (Utrecht): Qualitative Defecte des Geruchssinnes und eine klinische Methode zur Auffindung derselben.

Leider besitzen wir ein natürliches System der Gerüche bis jetzt noch nicht. Z. hat das Linné'sche Systema odorum zu einem solchen natürlichen System, das alle Gerüche zu umfassen hat, ausgebildet. Zwei neue Klassen wurden hinzugefügt, und sämmtliche Klassen einer Revision unterzogen. Die neuen Klassen sind: Odores aetherei, aromatici, fragrantes, ambrosiaci, alliacei, empyreumatici, hircini, tetri, nauseosi.

VIII. Schutter (Groningen): A. Ein Fall von Atresia choanae congenita.

S. zeigt Gypsabgüsse der äusseren Nase, der Choanen und des Oberkiefers eines 59jährigen Mannes mit angeborner Atresie der rechten Choane. Diese Abgüsse lehren, dass das linke Nasenloch in beiden Dimensionen kleiner ist als das rechte; dass die Atresie 1 cm vor der Choanalfläche liegt, dass die Entfernung der Tuben eine normale ist; dass das Septum sich in der Medianlinie befindet, dass der Gaumen eiu wenig stärker als normal gewölbt, der Kiefer leicht elliptisch, das Gebiss complet und regelmässig ist. Während der zweiten Zahnperiode muss also die gesunde Nasenseite gut durchgängig gewesen sein. An einem von S. vorgelegten Diagramm des Schädelumfanges sieht man, dass letzterer vollkommen symmetrisch ist. Aus alledem geht hervor, dass die Folgen, welche Ziem einer Verschliessung der einen Nasenhälfte in den ersten Lebensjahren zuschreibt, hier fehlen. Behandlung mittelst Electrolyse.

B. Ein Fall von diagnosticirter doppelseitiger Posticusparalyse.

S. demonstrirt den Kehlkopf eines Mannes, bei dem wegen laryngealer Stenose die Tracheotomie gemacht und laryngoskopisch eine doppelseitige Posticusparalyse gefunden worden war, und der nach einem Jahre einem Erysipelas erlag. Bei der Section wurde aber keine Posticusparalyse, sondern eine Verengerung der Trachea und des Oesophagus, unmittelbar unter dem Ringknorpel gefunden. An den Kehlkopfmuskeln war makroskopisch keine Atrophie nachweisbar. Die verhinderte Abduction der Stimmbänder betrachtet S. als die blosse Folge mechanischer Fixation. An dem Präparat sieht man weiter eine kleine Perforation zwischen Oesophagus und Trachea, unmittelbar unter dem Cricoid. Dieselbe kann durch eine in der Speiseröhre, an einem Stiel sehr beweglich aufgehängte Schleimhautgeschwulst vollständig abgeschlossen werden.

In der Discussion erinnert Burger an den Sidlo'schen Fall, wo aber die mechanische Medianfixation der Stimmbänder eine Atrophie der Postici erzeugt hat.

C. Ein Präparat von Lues laryngis.

Das mikroskopische Präparat, welches ein typisches Carcinom darzustellen scheint, wurde behufs der Diagnose dem Rande eines Pharyngealgeschwürs entnommen und auf Grund des Carcinom-ähnlichen Aspectes die Diagnose Krebs gestellt. S. liess ut aliquid fiat Jodoformeinblasungen appliciren, unter welcher Behandlung aber der kranke Pharynx vollständig heilte. S. betrachtet jetzt den Fall als Lues, und empfiehlt, bei inoperabelen Carcinomen, auch wenn die mikroskopische Untersuchung den Verdacht auf Carcinom bestätigt hat, auf eine anti-luetische Therapie nicht zu verzichten.

An der Discussion betheiligen sich die Herren Zwaardewaker, Pel, Sikkel, ten Siethoff und der Vortragende.

IX. Sikkel (Utrecht): Lymphoma carcinomatosum.

S. berichtet über einen Fall von bösartigem Nasentumor, welcher die linke Nasenhälfte ausfüllte und das Septum durchbohrt hatte, und sich mikroskopisch als ein Lymphoma carcinomatosum erwies. In Anbetracht der Blutungen, des Kopfschmerzes, der Verstopfung und des zunehmenden Verfalles entschloss sich S. zur Operation, welche mittelst des Zirkelmessers auf der zahnärztlichen Bohrmaschine, des scharfen Löffels, des Galvanokauters und des Meissels ausgeführt wurde, und eine erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens der Kranken herbeiführte. In den seit der Operation verflossenen 10 Wochen ist noch kein Recidiv aufgetreten.

X. ten Siethoff (Deventer): A. Reflex-Epilepsie nasalen Ursprunges.

t. S. berichtet über 2 Fälle. Der erstere betrifft einen 38jährigen Herrn, der seit 20 Jahren an Epilepsie litt. Die Anfälle wurden immer heftiger. Es wurde eine Hypertrophie der Nasenschleimhaut und eine Leiste am Septum diagnosticirt. Die Anfälle liessen sich durch Application einer 10proc. Cocain-Lösung in die Nase coupiren. Nach einer galvanokaustischen Behandlung haben sich bereits seit 2 Jahren die Anfälle nicht mehr gezeigt.

Der zweite Pat., 33 Jahre alt, leidet schon längere Zeit an leichteren Anfällen von Epilepsie; bekam Januar 1892 den ersten heftigen Anfall, welcher mit einer entsetzlichen Geruchsempfindung einsetzte, welche ihm noch eine Woche beiblieb. Seitdem hat er jede 5., später jede 3. Woche ähnliche Anfälle gehabt, welche immer mit einer olfactorischen Aura, welche mitunter 4 Tage dauerte, einhergingen. Dazu Anosmie. Auf Cocain-Einführung in die Nase verschwand der Gestank plötzlich. Die rechte untere und mittlere Nasenmuscheln waren hypertrophisch und mit dem Septum verwachsen. Seit die Verhältnisse in der Nase durch Operation normale geworden sind, ist die Epilepsie geschwunden. Nur noch bisweilen Andeutungen vom früheren Gestank.

B. Nasenrachenpolyp.

Das Specimen, welches t. S. der Versammlung vorlegt, ist ein ausserordentlich grosses (7,5 bei 5 cm) und ist bei einem 13jährigen Knaben entfernt worden, welcher in $1^1/_2$ Jahren nicht hatte schlafen können, weil ihm der Tumor unaufhörlich in den Kehlkopf heruntersank. Mikroskopisch zeigte sich die Neubildung als eine mit Flimmerhaare tragendem, mehrfach geschichtetem Epithel bekleidete, adenoide Bindegewebsgeschwulst. Die vom hinteren Theil der rechten mittleren Nasenmuschel ausgehende Geschwulst wurde mittelst der durch die Nase eingeführten und dann vom Munde aus um den Tumor emporgehobenen Glühschlinge abgetragen. Auch hat t. S. die Nase des Patienten von 50 Polypen befreit.

XI. Guye demonstrirt Choanalpolypen und empfiehlt zur Operation derselben die „bimanuelle Extraction“, wobei die kalte Schlinge durch die Nase eingeführt, und von dem in die Nasenrachenhöhle eingeführten Finger um den Tumor gebracht wird.

XII. Posthumus Meyes demonstrirt eine ausserordentlich grosse Pharynxmandel, welche er mittelst des Gottstein'schen Messers in toto abgetragen hat, und zeigt einige Metallröhrchen für die Nachbehandlung der alveolären Anbohrung der Kieferhöhle.

Die weiteren Vorträge waren otologischen Inhalts.

H. Burger.

---

d) VIII. Sitzung des oto-rhino-laryngologischen Vereins zu Budapest.

(Gehalten im Monat November 1894.)

Prof. v. Navratil berichtet über sein Vorgehen bei multiplen Papillomen. Vortragender operirt bei Erwachsenen sowie bei Kindern immer endolaryngeal, nur in Fällen von hochgradiger Dyspnoe mit vorhergehender Tracheotomie und zwar in verschiedener Weise bei Erwachsenen und bei Kindern.

Um raschen Recidiven thunlichst vorzubeugen, spaltet v. N. bei Erwachsenen gleichzeitig den Kehlkopf in der Medianlinie (Laryngofissur), entfernt die Papillome nebst der unterliegenden Schleimhaut mittelst einer kleinen, aber starken Cooper'schen Scheere und berührt die betreffenden Stellen mit dem Galvanokauter.

Bei Kindern ist dieses Verfahren nach seinen Erfahrungen zwecklos, da es wegen des geringen Lumens des Kehlkopfs in der entsprechenden Weise gar nicht ausführbar ist. In diesen Fällen operirt Vortragender immer vom Munde aus, so lange die Papillome im Kehlkopf wuchern, dagegen von der Trachealöffnung aus,

wenn die Wucherungen unterhalb der Stimmbänder im oberen Theile der Trachea, was häufig der Fall ist, oder aber im unteren Dritttheile der Trachea sitzen, was wohl selten, aber doch auch vorzukommen pflegt. Er bedient sich dabei einer entsprechenden scharfen Curette.

Auf diese Weise behandelte v. N. eine Reihe von Kindern und beobachtete nach drei- bis fünfjährigem Vorgehen, bei immer seltener werdenden Recidiven, ein vollkommenes Erlöschen derselben.

Die Kinder ertrugen den Eingriff sehr gut, es stellte sich bei denselben, selbst bei sehr protrahirter Behandlung, nie eine Complication oder eine bösartige Neubildung ein.

Anders verliefen die Fälle bei Erwachsenen, wo nach wiederholten Eingriffen von 15 Fällen (multiple Papillome) in 3 Fällen eine carcinomatöse Entartung eintrat. [? Vgl. hierzu Centralblatt VI, p. 223 u. ff. Red.] Dieser Umstand führte Vortragenden zu der oben erwähnten Excision, welche sich in allen Fällen als zweckentsprechend erwies.

Dr. Némai meint, dass die Heilung der Papillome im kindlichen Alter nicht so sehr von der radicalen Exstirpation, als von dem Umstande abhängt, dass die Reproductionsfähigkeit der Geschwulst, manchmal erst nach Jahren, erlischt. Deswegen ist N. der Ansicht, dass man mit der Exstirpation exspectativ verfahren soll.

v. Navratil: Mit der Exstirpation der rasch wuchernden Papillome soll man thunlichst nicht lange warten, da dieselben vom Kehlkopfe aus das Schlingen oft unmöglich machen [? Red.] und von der Trachea aus durch Verstopfung der Canüle oder der Trachea das Athmen gefährden.

Dr. Baumgarten stellt eine Kranke mit einer durch membranöse Neubildung entstandenen Atresie der Choanen vor. Pat. leugnet entschieden eine vorhergegangene luetische Erkrankung und behauptet, seit einer vor mehreren Monaten ausgestandenen Influenza die Nase verstopft zu haben. Die Untersuchung ergiebt eine röthliche, den vorderen Theil des Nasenrachenraumes und die Oeffnung des Eustachi'schen Rohres verschliessende Membran. Dieselbe besitzt in ihrer Mitte eine 3 mm breite und 5 mm lange Oeffnung. Vortragender gedenkt dieselbe mittelst scharfer Pincetten zu entfernen. (Seither wurde die Membran mittelst schneidender Instrumente zerstückelt und mit gebogenen scharfen Löffeln ausgekratzt. Nach dieser Operation stellte sich eine papulöse Erkrankung der Haut syphilitischen Ursprungs ein, welche ebenso wie die wunden Stellen des Nasenrachenraumes rasch wieder heilte.) v. Navratil.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XII. Berlin, Februar. 1896. No. 2.

Charles Fauvel †.

Der Tod hält in der That eine reiche Ernte in den Reihen der Laryngologen! Wiederum ist einer der ersten Repräsentanten der französischen Laryngologie dahingegangen. Charles Fauvel ist nach kurzem Leiden durch eine unheilbare Krankheit den Seinen entrissen worden.

In Amiens im Jahre 1830 als Sohn eines wohlbekannten Arztes im Department der Somme geboren, war Charles Fauvel nach einander Student der Lourcine und des Hospitals „Aux Enfants assistés", später Assistenzarzt der Lariboisière und der Charité.

Vom Jahre 1859 an beschäftigte er sich, angeregt durch die ersten Entdeckungen Türck's und Czermak's, mit der Laryngologie, und vereinigte die verschiedenen Elemente, die für seine spätere Laufbahn von Bedeutung sein sollten, in seiner im Jahre 1861 erschienenen Dissertation „Sur le laryngoscope au point de vue pratique". Er versuchte in dieser Arbeit den Nutzen des Kehlkopfspiegels für das Studium und die Behandlung der Kehlkopfkrankheiten nachzuweisen. Nach einem Rückblick auf die Geschichte des Laryngoscops, dessen Einführung zu jener Zeit neuesten Datums war, beschrieb Fauvel die verschiedenen Untersuchungsmethoden, die zur Verwendung

kommenden Instrumente und die Art ihrer Benutzung. Eine Reihe von vier Abbildungen schloss diese Arbeit ab, von welcher thatsächlich die Einführung des Laryngoscops in Frankreich datirt.

Einige Jahre später gründete er in Paris eine freie Klinik, in welcher er nicht allein den Kranken, welche von allen Seiten zusammenströmten um ihn zu consultiren, unentgeltlich Rath ertheilte, sondern welche er auch zu Unterrichtszwecken benutzte. Zahlreiche Aerzte haben in dieser Klinik ihren ersten laryngologischen Unterricht erhalten und die Grundlage für ihre späteren Arbeiten gelegt. So konnte der zu früh hingeschiedene Dr. Blanc (Lyon) im Jahre 1872 seine wohlbekannte Arbeit über den primären Kehlkopfkrebs auf Grundlage der in der Fauvel'schen Klinik gemachten Studien veröffentlichen: so basirt die Arbeit Thaon's über die anatomischen und pathologischen Verhältnisse der Tuberkulose auf an dieser Stelle gemachten Beobachtungen; so beruht die Poyet'sche Dissertation über Kehlkopflähmungen auf Erfahrungen, die aus dieser Klinik stammen. Seitdem haben zahlreiche andere französische und ausländische Aerzte Fauvel ihre laryngologischen Kenntnisse zu verdanken gehabt, und ich selbst bin in dieser Schule unterrichtet worden und habe in ihr das Material gesammelt, das mir zu meiner Dissertation über die Diagnose der Syphilis und der Tuberkulose des Kehlkopfs (1879) gedient hat.

Durch eine ausgedehnte Privatpraxis in Anspruch genommen, hat Charles Fauvel leider niemals der Wissenschaft soviel Zeit widmen können, wie er es selbt gewünscht hätte, und seine eigenen Arbeiten sind daher verhältnissmässig wenig zahlreich. Aber jedermann kennt seine ausgezeichnete Arbeit über die Geschwülste des Kehlkopfs (1865), in welcher er seine Beobachtungen über alle Arten von Neubildungen und die Methoden ihrer Entfernung veröffentlicht hat. In diesem Werke, welches mehr als 800 Seiten und 20 chromolithographische Abbildungen umfasst, hat er die Polypenzangen beschrieben, welche seinen Namen tragen, und mittelst welcher er mit einer wirklich staunenswerthen manuellen Geschicklichkeit Geschwülste des Kehlkopfs von der verschiedensten Grösse und Lage entfernt hat. Man muss nicht vergessen, dass zu jener Zeit das Cocain noch nicht in den Arzneischatz eingeführt war, und dass daher intralaryngeale Operationen nicht mit der Ruhe und Bequemlichkeit ausgeführt werden konnten, welche uns heute zu Gebote stehen.

Charles Fauvel war ein gutherziger und liebenswürdiger Mann, und es war eine Freude, sein Gesicht aufleuchten zu sehen, wenn er seine alten Schüler wiedersah, deren Namen er stets mit einem gewissen Stolz citirte, und denen er dauernd in treuer Freundschaft verbunden blieb. Stets bereit dienstfertig zu sein, stellte er seine reiche Erfahrung und die Schätze seiner Klinik zur Verfügung aller Arbeiter und Forscher während der langen Jahre, in welchen es ihm vergönnt war, dieselbe zu leiten.

E. J. Moure.

I. Referate.

a. Allgemeines, Instrumente etc.

1) **Felix Semon. Laryngologische Curse für praktische Aerzte. (The Post-Graduate Teaching of Laryngology.)** *Brit. Med. Journal. 24. August 1895.*

Eröffnungsrede der Section für Laryngologie der B. M. A. Versammlung in London. Wird an anderer Stelle referirt werden. ADOLPH BRONNER.

2) **Praktischer Arzt. Der Specialismus. (Specialism in Medicine.)** *Lancet. 17. August 1895.*

Ein polemischer Artikel, besonders gegen die Halsspecialisten. Zwei Fälle von geringen Nasenaffectionen werden erwähnt, bei welchen Halsspecialisten grosse Operationen für nöthig hielten, zum Preise von 1000 Mark. Die Fälle wurden von einem anderen Arzt mit Cocaïn in einigen Minuten operirt. (Es wäre sehr interessant, wenn das Centralblatt eine Sammlung solcher Fälle veranstalten würde. A. B.) ADOLPH BRONNER.

3) **Noltenius** (Bremen). **Jahresbericht über die Wirksamkeit meiner Privat-Klinik.** Bremen 1895. A. Guthe.

Unter 172 Patienten waren 66 Nasen-, 23 Kehlkopfkranke. Unter den 66 Nasenleiden handelte es sich 24mal um hypertrophische Rhinitis (galvanocaustisch behandelt), 12mal um einseitiges resp. doppelseitiges Empyem der Oberkieferhöhle (Anlegen einer Gegenöffnung im unteren Nasengange), 18mal um Anomalien des Nasengerüstes (Deviatio septi, crista septis, synechia etc.), 10mal um Lupus narium, 2mal um Nasenpolypen. Unter den Kehlkopfkranken befinden sich 11mal Phthisis laryngis (5 curettirt), je 2 Fälle von Lupus lar. und Polyp. lar., je 1 Fall von halbseitiger Kehlkopflähmung und Entzündung im Cricoarytaenoidgelenk.

SEIFERT.

4) **Grünwald. Casuistische Mittheilungen.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 20, 21, 22. 1895.*

Bei einem 24jährigen Manne fand sich neben Kieferhöhlenempyem Eiterung in beiden Stirnhöhlen, weshalb diese letzteren von aussen eröffnet wurden; rechts zeigte sich die hintere Wand der etwa erbsengrossen Höhle cariös zerstört. Plötzlich traten Kopfschmerz, Bewusstlosigkeit und Convulsionen ein, weshalb die Schädeldecke um die cariöse Oeffnung herum in der Ausdehnung eines Zweimarkstückes abgemeisselt wurde; es bildete sich aber Fluctuation, weshalb in den Frontallappen eingeschnitten wurde, woraufhin sich ein Esslöffel gelben Eiters entleerte. Es trat völlige Heilung ein.

Bei einem 62jährigen Manne musste wegen tiefer Trachealstenose die Tracheotomie vorgenommen werden, Patient starb aber bald plötzlich an profuser Blutung. Die Section ergab Aneurysma des Processus anonymus. Die Einführung der Schrötter'schen Tube bezw. Bifurcation hatte eine wesentliche Erleichterung der Athemnoth zur Folge gehabt. Grünwald legt diagnostischen Werth auf die starke Stauung im Gebiete der Vena anonyma. Bei einem 38jährigen Manne hatte sich nach der Eröffnung eines Zahnabscesses an der Art. palatina descend. dextra ein Aneurysma gebildet, das von G. gespalten und zur Heilung gebracht wurde.

Wegen tuberculöser Ringknorpeltuberculose vollführte G. die Sequestrotomie, Patient starb aber an einer Lungenblutung. G. beobachtete ferner ein Sarcom des Keilbeinkörpers bei einem 31jährigen Manne, das beide Nervi optici, abducentes, Trochlearis, Facialis und Acusticus comprimirt hatte und das in beide Siebbeinlabyrinthe und in die Kieferhöhle gewuchert war. Referent, der den Patienten gleich im Beginn seiner Erkrankung gesehen, hatte sofort die Diagnose auf eine Geschwulst an der Schädelbasis gestellt und deshalb die von Grünwald vorgeschlagene Eröffnung der Nebenhöhlen widerrathen.

SCHECH.

5) **Charles** (Lüttich). **Lufteinblasen beim Scheintod Neugeborener mit Mund auf Nase und Mund. (Insufflation bouche à nez et bouche dans la morte apparente des nouveaux nés.)** *Journal d'Accouchements. 23—1291. 1894.*

Den Inhalt besagt der Titel.

BAYER.

6) **S. Seilikovitch. Ein combinirter Gesichtsschutz und Zungenherabdrücker. (A combined face-guard and tongue-depressor.)** *Med. News Philad. 8. Juni 1895.*

Ein Türck'scher Zungenspatel, an dem eine bewegliche und auch abnehmbare Glasplatte befestigt ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

7) **A. Dowding. Apparate zum Schutze während des Pinselns im Halse von Diphtheritiskranken. (A shuld for protecting the Face during applications to the Throat in Diphtheria.)** *Lancet. 3. August 1895.*

Abbildung. Ein langer Zungenhalter mit einer senkrechten Platte, welche sich verschiedentlich einstellen lässt. Zu beziehen durch Arnold, West Smithfield, London.

ADOLPH BRONNER.

8) **B. Fränkel. Aseptischer Brenner für Galvanokaustik.** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinologie. II. 3. 1895.*

F. beschreibt aseptische Brenner und einen Operationstisch, die nach seinen Angaben von Hirschmann (Berlin, Johannisstrasse 14/15) angefertigt sind.

F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

9) **Betz** (Heilbronn). **Die Nasenhöhle und ihre Nebenräume in Gypsmodellen natürlicher Grösse.** *Memorabilien. XXXIX. 4. 1895.*

Die von Betz gelegentlich der Versammlung süddeutscher Laryngologen in Heidelberg demonstrirten Gypsmodelle sind nach sagittalen Schnitten durch einen Spiritusschädel gewonnen und können zweifellos als eine werthvolle Bereicherung unseres Unterrichtsmaterials betrachtet werden.

Sie mögen auch dazu dienen, einen Patienten über den Ort und die Umgebung seiner Erkrankung aufzuklären, besonders wo die Krankheitserkenntniss als Sporn zu nehmen ist im Fortsetzen einer oft ermüdenden Therapie. Im Modell I. ist der rechte mediane Sagittalschnitt durch einen Schädel, an welchem das Schädeldach abgesägt ist, zu sehen, also die Schädelgrube, Nasenhöhle, Mundhöhle, Rhino-Pharynx, Cavum pharyngo-laryngeum, Muskel- und Bandapparat der Wirbelsäule.

Im Modell II. ist derselbe Schnitt mit Abtragung der Siebbeinmuscheln und des Septums der Stirnhöhle ersichtlich. Das Modell III. entstand dadurch, dass am linken medianen Sagittalschnitt nach Exarticulation des Unterkiefers ein Schnitt 25mm nach auswärts sagittal mit der Sägemaschine angelegt wurde. Alle Flächen sind modellirt. Modell IV. zeigt die Keilbeinhöhle und die hintersten Siebbeinzellen links.

SEIFERT.

10) **Lecointre. Ueber die Hypertrophie des hinteren Endes der Nasenmuscheln. (Sur l'hypertrophie du segment postérieur des cornets du nez.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Nichts Neues.

A. CARTAZ.

11) **Treitel** u. **Koppel** (Berlin). **Ueber Rhinitis fibrinosa.** *Arch. f. Kinderheilk. XIX. 1. 2. 1895.*

In den beiden von den Verff. mitgetheilten Fällen wurden in den Membranen der Nase vollvirulente Diphtheriebacillen gefunden, in dem ersten Falle auch in dem Sekret der rechten membranfreien Nasenhälfte. In dem zweiten Falle konnte man das Fortschreiten des Processes von der Nase auf die Hinterfläche des weichen Gaumens durch die Rhinosk. post. verfolgen, und es erkrankte hier die Nichte des Mädchens, welche zwar nicht mit ihrer Tante, wohl aber mit der Pflegerin derselben in Berührung gekommen war.

SEIFERT.

12) **R. H. A. Boyd. Croupöse Rhinitis. (Croupous rhinitis.)** *Texas Med. Journ. Juni 1895.*

Bericht über einen Fall; nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

13) **A. Baurowicz** (Krakau). **Ueber die Aetiologie der chronischen atrophirenden Rhinitiden.** (Aus dem Laboratorium des Herrn Prof. Bujwid in Krakau.) *Przeglad lekarski. No. 46, 47 u. 48. 1895.*

Der Verfasser giebt zuerst eine umfangreiche Uebersicht über die Begriffe der Aetiologie der Rhin. chron. atroph. simplex und fötida (Ozaena). Durch die bakteriologischen Resultate von Abel, Paulsen und Loewenberg aufgemuntert, nahm er sich auch vor, den eventuellen Zusammenhang zwischen dem Microbe de l'ozène und den atrophischen Zuständen der Nasenschleimhaut nachzuforschen, wie auch die Ursache des Stinkens bei der Ozaena zu erklären. Es wurden 50 Nasenfälle untersucht, von denen 10 der normalen Nase, 18 der Rhin. simplex, 5 der Rhin. hypertroph. und polyposa, 1 der Eiterung aus der Siebbeinzelle, 1 der tertiären Nasensyphilis und 15 den atrophischen Rhinitiden zugehörten. In den letzten 15 Fällen war Gestank 7 mal vorhanden (Ozaena); in allen diesen Fällen fanden sich Kapselbakterien, welche vollständig mit den von Loewenberg, Abel oder Paulsen gefundenen übereinstimmten. Diese fehlten in allen übrigen Fällen. Die deutlichen Unterschiede zwischen diesem Bacillus und dem Bacillus von Friedländer, welche Loewenberg angegeben hat, konnte der Verf. bestätigen: er fand überhaupt in dem Nasensecrete nur ein einziges Mal den Friedländer'schen Bacillus, ein anderes Mal zeigte die weitere Untersuchung, dass es sich um den Bac. crassus sputigenus handelte. In 7 Fällen von Ozaena fanden sich 6mal die stinkenden Bakterien in 2 Gattungen zu je 4 und 2, von welchen die ersteren den charakteristischen Geruch der stinkenden Nase ausbreiteten. Im siebenten Falle fanden sich die stinkenden Bakterien vielleicht darum nicht, weil der Geruch überhaupt in diesem Falle kaum zu merken war. Der Verf. kann danach die Meinung, dass die Ursache des Geruches sui generis in Bakterien zu erblicken sei, nicht zurückweisen. Die Bakterien, welche er gefunden hat, sind keine Fäulniss-Bakterien. Bei der stinkenden Nase des nekrotischen Processes der tertiären Lues oder der Eiterungen der Nebenhöhlen wurden keine stinkenden Bakterien gefunden; solche fanden sich dafür in 5 Fällen des Scleroms, in welchem aus der Nase ein Geruch zu verspüren war. Es waren auch hier wieder 2 Gattungen, dreimal die oben als zweite erwähnte und zwei andere Male wieder eine andere Gattung.

Die scheinbare Aehnlichkeit zwischen dem Loewenberg'schen Bacillus und dem des Scleroms, welche Loewenberg durch die Gram'sche Färbung (nach welcher sich die Bacillen von Frisch färben sollen), unterscheidet, bewog den Verf., deren Unterschiede zu studiren, indem er sich die Frage stellte, ob man aus der bakteriologischen Untersuchung des Nasensecretes das Sclerom diagnosticiren oder ausschliessen kann. Zur Lösung dieser Frage dienten dem Verf. 35 Scleromfälle; es hat sich gezeigt, dass, obwohl der Bacillus von Frisch auf den Nährböden dem von Loewenberg sehr ähnlich ist, doch auf dem sauren Nährboden der Friedländer schlechter als der Bacillus von Loewenberg wächst; ferner, dass der letztere eine geringere Pathogenität für weisse Mäuse zeigt (von 10 subcutan geimpften Mäusen sind nur 6 gefallen, eine erst nach 19 Tagen) und überhaupt eine viel geringere Virulenz im Vergleiche mit dem Bacillus von Frisch zeigt. Die Gram'sche Färbung bietet keine sicheren Resultate, auf welche man

sich in jedem Falle stützen könnte, obwohl der Verf. jedesmal bei der Färbung zur Kontrole gleichmässig die Loewenberg'schen Bacillen heranzog; der Werth der bakteriologischen Untersuchung des Nasensecretes zur Differentialdiagnose hat sich nun als sehr wenig sicher gezeigt; der Verf. giebt der Untersuchung von Stückchen des krankhaften Gewebes den Vorzug, obwohl man auch hier wie überhaupt bei der mikroskopischen Untersuchung, im Falle des negativen Resultates des einen Stückes noch nicht das Sclerom ausschliessen kann.

Der Verf. empfiehlt zur Impfung Agar-Agar, welches Verfahren ohne Vergleich schneller und weniger mühsam ist, wie die Methode der Gelatine-Platten. In Anbetracht des Umstandes, dass man den Loewenberg'schen Bacillus sowohl bei der gewöhnlichen, wie auch bei der stinkenden Form der atrophischen Rhinitis findet, will der Verf. den Namen Bacillus capseolatus rhinitidis atrophicae gebrauchen.

Zum Schlusse wird als vorläufige Mittheilung angegeben, dass die Idee Loewenberg's, den Kranken mit dem Sclerom die Atrophie herbeiführenden Bakterien einzuimpfen, vom Verf. practisch versucht wird, und dass er nicht verfehlen wird, über etwaige Resultate zu berichten.

Autoreferat. (v. Sokolowski).

14) **Abaté. Ueber Ozaena. (L'ozena.)** *Arch. Ital. d. Ser. 1895. No. 1.*

A. giebt die verschiedenen Theorien wieder, welche zur Erklärung des Hauptsymptoms, des Foetors, aufgestellt worden sind. Auch diejenige seines Lehrers Massei, welcher den Foetor der Entwickelung einer gasösen Substanz auf den Epithelien beim Luftdurchstreichen zuschreibt., soll Anerkennung bei mehreren Gelehrten in Europa gefunden haben. Nach A. ist aber in diesem Augenblicke der mikrobische Urprung der wahrscheinlichste.

TOTI.

15) **Mendel** (Paris). **Die Ozaena. (De l'ozène.)** *Med. Moderne. 27. April 1895.*

Ein Uebersichtsartikel.

LUC.

16) **Adolf Bronner. Ueber häufig vorkommende Reflexerscheinungen nasalen Ursprungs. (A few Words on some common Forms of Reflexes of Nasal-origin.)** *Lancet. 27. Juli 1895.*

Kurze Besprechung der verschiedenen Theorien über die Entstehung der nasalen Reflexe. In allen Fällen von Asthma, Heufieber etc. soll die Nase gründlich untersucht werden. Nichts Neues.

Autoreferat.

17) **Dünges** (Neuwied). **Eine eigenthümliche Ursache für asthmatische Anfälle.** *Der prakt. Arzt. 9. 1895.*

D. führt in einem von ihm beobachteten Falle die nächtliche Asthmaanfälle auf den von der Bettunterlage ausgehenden scharfen Geruch zurück. Matratze und Kopfkeilkissen waren mit Heu oder Seegras gefüllt. Nach Beschaffung einer Unterlage aus anderem Material verschwanden die Anfälle.

SEIFERT.

18) **J. Goodhart. Krampf-Asthma. (Spasmodic asthma.)** *British Med. Journ. Nov. 23. 1895.*

Dieses in der Harveian Society of London am 7. November 1895 gehaltenen

Vortrags, der selbst nichts von laryngo-rhinologischem Interesse bietet, wird hier nur gedacht, weil in der Discussion zunächst Dr. E. Squire erwähnte, dass in mehreren seiner Fälle die Operation adenoider Vegetationen Kinder von ihrem Asthma befreit habe, und weil Dr. Greville Mac Donald berichtete, dass in 30 Fällen von Asthma associirt mit Nasenleiden, die er selbst gesehen habe, er 20 Patienten durch Lokalbehandlung der Nase bedeutende Linderung verschafft habe, und dass von diesen 20 zwölf als vollständig geheilt bezeichnet werden könnten. Die besten Erfolge scheint er, dem Bericht zufolge, in Fällen von Nasenpolypen erhalten zu haben, mit welch' letztgenanntem Punkte die Erfahrung des Referenten vollständig übereinstimmt. **SEMON.**

19) **Stier** (Allersdorf). **Untersuchungen über die Verbiegungen der Nasenscheidewand.** Dissert. Rostock 1895.

Die vorliegenden Untersuchungen sind an der Schädelsammlung des anatomischen Instituts zu Rostock angestellt und beziehen sich auf 172 Schädel. Beim männlichen Geschlecht fand sich nur in 25 pCt. ein gerades Septum, beim weiblichen Geschlecht in 72 pCt. Das häufigere Vorkommen der Deviationen beim Manne kann nur auf Rechnung der das männliche Geschlecht häufiger treffenden Verletzungen (Contusionen und Frakturen) der Nase gesetzt werden. Während bei den männlichen Schädeln in 15 pCt. eine Fraktur bestand, ist bei den weiblichen überhaupt keine gefunden worden. Bei diesen 15 Schädeln mit Fraktur der Nasenbeine fand sich neben dem jedesmaligen deviirten Septum bei 10 Schädeln die Fraktur ausserhalb der Berührung mit der Lamina perpendicularis, bei 5 Schädein im Gebiete der Berührung mit derselben.

Wie weit die abnorm hohe Wölbung des Gaumens auf die Gestaltung der Nasenscheidewand einwirkt, kann St. nach seinem Materiale nicht entscheiden, da er nur 2 Schädel mit auffallend hohem Gaumengewölbe vor sich hatte. Bei dem einen derselben besteht eine Deviation, aber nicht durch Hochstand des Gaumens, sondern in Folge der Verdrängung durch eine Knochencyste der mittleren Muschel. In dem anderen Falle keine Deviation. In den Fällen, in welchen weder eine Fraktur der Nasenbeine, noch eine Knochenblase der Siebbeinmuscheln die Deviation des Septum bedingt, wird ein Theil von diesen Deviationen durch den Schiefstand der Crista nasalis verursacht. Dieser Schiefstand der Crista ist in einem ungleichen Wachsthum des Zwischenkiefers der einen Seite zu suchen. Die Mehrzahl der übrigen unerklärten Deviationen des knöchernen Septums muss man sich secundär entstanden denken nach Frakturen, Luxationen und Umbiegungen des knorpeligen Septums. **SEIFERT.**

20) **Spencer Watson. Fall von S-förmiger Verbiegung des Septums erfolgreich behandelt mittelst Operationen und Tragen von Instrumenten. (Case of S-slaped Distortion of the Septum Nasi successfully treated by a series of operations and the use of Retentive Apparates.)** *Lancet. 13. Juli 1895.*

Die Verbiegung war traumatischen Ursprungs. Vier mal wurde das Septum eingeschnitten. Abbildung. **ADOLPH BRONNER.**

21) **P. Lacroix. Behandlung der Verdickungen der Nasenscheidewand. (Traitement des épaississements de la cloison des fosses nasales.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Eine Beschreibung der hauptsächlichsten Behandlungsmethoden, unter denen Verf. dem Gebrauch der electrischen Sägen und Trephinen den Vorzug giebt.

A. CARTAZ.

22) **J. H. Martindale. Diagnostische Durchleuchtung des Septum narium. (Diagnostic transillumination of the septum nasi.)** *N. Y. Med. Record 13. Juli 1895.*

Verf. beschreibt eine Lampe, mit der man die Dicke des Septum abschätzen und bei operativen Eingriffen eine Perforation vermeiden kann.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

23) **Ripault. Nasale Syphilide im Secundärstadium der Syphilis wuchernd. (Syphilides nasales végétantes à la periode secondaire de la syphilis.)** *Annal. des malad. de l'oreille etc. No. 3. März 1895.*

Es handelt sich um eine Frau von 21 Jahren, in deren Nase grauliche, unregelmässige Tumoren wucherten. Der Verf. hatte bereits in mehreren Sitzungen mit der Curette Theile der Wucherungen abgetragen, als er ein prachtvolles Roseola-Exanthem am Körper der Pat. sich entwickeln sah. Auf die Quecksilbercur hin, die nun eingeleitet wurde, verschwanden die Tumoren. Der Verf. betont die Seltenheit dieser Affection.

E. J. MOURE.

24) **Lermoyez** (Paris). **Die Behandlung der tertiären Nasensyphilis. (Traitement de la syphilis nasale tertiaire.)** *Presse méd. 1895. p. 141.*

Zur Allgemeinbehandlung empfiehlt L. das Jodkali in Combination mit Quecksilber. Lokal will er die Extraction von Sequestern erst dann in Angriff genommen sehen, wenn dieselben vollständig oder doch nahezu vollständig beweglich sind. Kann man dieselben nicht durch die Nase extrahiren, so soll man sie nach dem Pharynx zu stossen oder aber ihre Verkleinerung vornehmen. Die atrophische Rhinitis, die dann noch zurückbleibt, erfordert lokal dieselben Massnahmen, wie die einfache Ozaena.

LUC.

25) **C. Hennebert** u. **H. Coppez. Syphilome der Fossa pterygopolatina.** *La Clinique.*

Die rhinoskopische Untersuchung liess die Natur des Tumors erkennen und demgemäss führte die entsprechende Therapie vollständige Heilung herbei.

BAYER.

26) **A. Pascal. Parasiten der Nasenhöhlen (Parasites des fosses nasales.)** *Arch. de méd. milit. October 1895.*

P. bespricht den Fall eines Arabers, der eine acute Rhinitis mit schweren Erscheinungen bekam durch das Eindringen von Larven von „Lucilia hominivorax“ in die Nase und die Vermehrung derselben. Die Heilung wurde erzielt durch Entfernung der Würmer theils mit der Pincette, theils durch grosse und

häufige Ausspülungen mit Sublimatlösung und Tabakabkochung und durch Einstäubungen von Jodoform und Sublimat. Im Ganzen wurden 80 Larven entfernt.

A. CARTAZ.

27) **J. B. Richardson. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Med. Record. 27. Juli 1895.*

Krankengeschichte eines Falles, ohne besonderes Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

28) **W. Wingrave. Varicen der Nasenmuschel. (Turbinal Varix.)** *Lancet. 18. Juni 1895.*

Unter diesem Namen wird der hintere Theil der hypertrophischen Schleimhaut der unteren Nasenmuschel beschrieben. Verf. giebt einen kurzen Bericht über den mikroskopischen Befund. Die Wände der Gefässräume sind mit glatten Muskelfasern versehen (Abbildung). Die Theile werden mit einer Art Ringmesser entfernt (Abbildung).

ADOLPH BRONNER.

29) **Guibert. Arterielles Aneurysma der Carotis interna in der Höhe des linken Sinus cavernosus, Communication mit dem rechten Sinus sphenoidalis, Nasenblutungen. Tod. Sectionsbericht. (Aneurisme arteriel de la carotide interne au niveau du sinus caverneux gauche, Communication avec le sinus sphenoidal droit, hémorrhagies nasales, mort, autopsie.)** *Annales d'oculistique. Mai 1895.*

Der Titel erklärt den Fall ausreichend.

A. CARTAZ.

30) **A. Sikkel** (Haag). **Der chronische Katarrh des Nasenrachenraumes. (De chronische Catarrh der neuskeel-holte.)** *Med. Weekbl. II. No. 29. Oct. 1895.*

Nichts Neues.

H. BURGER.

31) **Stanley Boyd** (London). **Temporäre Resection des Oberkiefers in einem Fall von Nasenrachenpolyp. (Temporary resection of the upper jaw for nasopharyngeal growth).** *British Med. Journ. Nov. 26. 1895.*

Demonstration des Patienten, eines 49jährigen Mannes vor der Medical Society of London am 11. November 1895. Die Neubildung ging von der Schädelbasis aus, involvirte das Os sphenoideum, verstopfte und dehnte das rechte Nasenloch aus und drängte das rechte Auge aus seiner Stellung. Der Vortragende resecirte den rechten Oberkiefer, und es gelang ihm nach dieser Operation, die Neubildung mühelos zu entfernen. Die resultirende Deformität war nur gering.

In der Discussion erwähnte Mr. Mansell Moullin eines ähnlichen Falles, in welchem er aber nicht, wie der Vortragende, die Carotis blossgelegt hatte, um dieselbe für den Fall schwerer Blutung zu unterbinden, sondern eine präliminäre Tracheotomie vorgenommen hatte. Mr. Walsham und Mr. Wallis riethen dagegen, in solchen Fällen statt der Resektion des Oberkiefers Zugang zu solchen Geschwülsten durch Spaltung des weichen Gaumens und Wegmeisselung einer Partie des harten Gaumens zu gewinnen. Diese Operation sei weit weniger eingreifend, als die Resection des Oberkiefers, hinterliesse keine schwere Narbe und setze den Patienten nicht der Gefahr einer Verletzung des Thränenapparates aus.

SEMON.

c. Mundrachenhöhle.

32) **Büssem** (Viersen). **Ueber die Geschmacksempfindungen rhachitischer und nicht-rhachitischer Kinder.** *Jahrb. f. Kinderheilk. 39. Bd. 1895.*

B. fand, dass Geschmacksstörungen bei gesunden Kindern in gleicher Häufigkeit auftreten, wie bei rhachitischen. Die Anomalien bestehen in einer vollständigen Aufhebuug oder einer Abstumpfung des Geschmacks.

Er ist der Meinung, dass es sich weniger um eine Beeinträchtigung des bereits entwickelten Geschmacksinns durch krankhafte Processe handle als dass man vielmehr eine noch ungenügende Entwickelung oder einen noch völligen Mangel des Geschmacksinnes bei den betr. Kindern annehmen müsse. SEIFERT.

33) **A. A. G. Guye** (Amsterdam). **Ueber die Bildung von Zahnstein an den Schneidezähnen in Folge von habitueller Mundathmung. (Over het aanzetten van tandsteen van de snytanden ten gevelge van habituelle mond-ademhaling.)** Verhandlungen des V. Niederl. Natur- und Heilkundigen-Congresses. Haarlem 1895.

Der Vortrag ist in der Ned. Tijdschrift voor Geneesk. 1895 erschienen und auf Seite 770 vorig. Jahrgangs bereits referirt worden.

In der Discussion theilen die Herren Sikkel (Haag) und Grevers (Amsterdam) mit, dass sie die Ablagerung von Zahnstein an den Schneidezähnen bei Mundathmern gar nicht häufiger als bei anderen Personen beobachtet haben.

H. BURGER.

34) **Hicguet. Ueber acute Zungenmandelentzündung. (De l'amygdalite linguale aigue.)** *La Policlinique. 15. I. 1895.*

H. berichtet über einen Fall von Abscess der Zungenmandel nach einer Angina cat. acut. BAYER.

35) **Gallerani** u. **Pacinotti. Reflexkrämpfe der Zunge, Lippen und des Rachens infolge von Reizung des N. occipitalis major. (Reflex spasm of the tongue, lips and pharynx induced by irritation of the great occipital nerve.)** *N. Y. Med. Journ. 23. Februar 1895.*

Der Pat. hatte vor 12 Jahren einen Schlag auf den Kopf erhalten. Die Stelle der Verletzung machte von Zeit zu Zeit Schmerzen. In der sternförmigen Narbe fühlte man einen kleinen, runden, harten Körper, der auf Druck empfindlich war. Es bestand eine Contractur der linken Halsmuskeln, der Kopf war nach links und unten gezogen, ausserdem bestanden eine Sprachstörung, Contraction der Lippen, leichter Trismus und geringe Schluckbeschwerden. Nach Excision der Narbe, die an der Vereinigungsstelle von N. occipital. major und minor lag, verschwanden alle diese Symptome. LEFFERTS.

36) **Kopal** (Prag). **Halbseitiger Riesenwuchs verbunden mit Macroglossie.** Demonstration im Vereine Deutscher Aerzte in Prag am 22. Febr. 1895. *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 17.*

Die Macroglossie beeinträchtigt die Ernährung und soll daher operativ beseitigt werden. CHIARI.

37) **E. Wiersma** (Groningen). **Einige Fälle von Hemiatrophia linguae. (Eenige gevallen van hemiatrophia linguae.)** *Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1895. II. No. 4.*

Demonstration einiger Fälle von Hemiatrophia linguae:

1. Ein 27jähriges Mädchen mit linksseitiger Zungenhemiatrophie, Paralyse der linken Gaumenhälfte und der linken Larynxseite, Sensibilität und Reflexe im Larynx intact.

2. Ein 30jähriges Mädchen mit geringer rechtsseitiger Zungenhemiatrophie, Paralyse des weichen Gaumens und des rechten Stimmbandes bei Syringomyelie.

3. Das Gehirn einer 61jährigen Frau mit einem grossen Sarkom der hinteren Schädelgrube, welches die Ursache von mehreren Hirnnervenparalysen gewesen war: Abducensparalyse der rechten Sternocleido-mast. und Cucullaris, Hemiatrophia linguae dextra. Paralyse des Gaumens und wahrscheinlich des Kehlkopfes.

4. Eine 30jährige Frau mit linksseitiger Zungenhemiatrophie in Folge von Druck einer Geschwulst auf den Hypoglossus.

5. Ein Mann von 29 Jahren, der seit frühester Jugend in Folge von cerebraler Kinderparalyse eine Parese der Extremitäten der rechten Seite aufweist. Merkwürdigerweise dazu eine Hemiatrophia linguae dextra.

6. Eine Frau von 36 Jahren mit rechtsseitiger Hemiatrophie der Zunge und reactionslosem rechtem Hypoglossus, ohne andere Nervensymptome in Folge von Meningealaffection vielleicht nach primärem Wirbelleiden.

H. BURGER.

38) **E. K. Dunham. Ein Fall von grossem Rundzellensarkom der Zunge. (A case of large roundcelled sarcoma of the tongue.)** *The Amer. Journ. of the Med. Sciences. Septbr. 1895.*

Pat. war eine Frau von 61 Jahren; der Tumor soll seit 8 Monaten sich entwickelt haben. Die mikroskopische Untersuchung nach der Abtragung der Geschwulst ergab ein Rundzellensarcom; das Zungenepithel, das die Oberfläche des Tumors überkleidete, drang nirgends in das Innere desselben ein. Der Fall ist von Interesse wegen der Seltenheit dieser Art von Tumor an der Zunge.

A. LOGAN TURNER (P. M'BRIDE).

39) **C. Puzey. Epitheliom der Zunge bei Frauen. (Epithelioma of the Tongue in women.)** *Lancet. 6. April 1895.*

Zwei Fälle; Alter der Patientinnen 53 und 54 Jahre. Die Operationswunde wurde stündlich mit Borax und Glycerin betupft. Kein Foetor.

ADOLPH BRONNER.

40) **W. Haward. Ungewöhnlicher Fall von Zungenkrebs bei einer Frau. Entfernung. Recidiv. Tod nach 10 Monaten. (An Exceptional case of Epithelioma of the Tongue in a woman. Removal. Recurrence. Death in 10 Months.)** *Lancet. 2. März 1895.*

Mittheilung der Krankengeschichte. Die Frau war erst 23 Jahre alt.

ADOLPH BRONNER.

41) **Salvador Gautier. Die Anginen zur Zeit der Menstruation. (Des angines de la menstruation.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Nach einer kurzen Literaturübersicht veröffentlicht G. 16 Fälle von Angina während der Periode; 5 von diesen sind von ihm selbst beobachtet. In der Mehrzahl der Fälle wurde bacteriologisch untersucht, es fand sich der Streptococcus, selten zusammen mit dem Staphylococcus. Um das Auftreten der Angina zu erkennen, recurrirt G. auf nervöse Einflüsse und auf Circulationsveränderungen, die zu einer Steigerung der Virulenz der Bacterien führen. G. sucht diese Affectionen des Halses mit den Erysipelen, die während der Periode beobachtet sind, in Analogie zu setzen.

A. CARTAZ.

42) **Baudriller. Die granulöse Angina. (De l'angine granuleuse.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Eine gute Beschreibung und kritische Studie der granulösen Form der Pharyngitis; etwas besonderes ist nicht zu erwähnen.

A. CARTAZ.

43) **J. Thresh. Infectiöse Angina follicularis. (Infectious Sore Throats.)** *Lancet. 17. August 1895.*

Verfasser hat häufig Epidemien dieser Krankheit in Schulen beobachtet. Es müssen verschiedene Variationen von Diphtheritis-ähnlichen Krankheiten existiren.

ADOLPH BRONNER.

44) **Mad. Sophie Weinberg. Die Pneumokokken-Angina. (De l'angine à pneumocoques.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Die Verf. giebt eine geschichtliche Uebersicht über diese Form von Angina, die zuerst von Jaccoud (Journ. de med. et chir. prat. März 1891) beschrieben worden ist. Die Zeichen dieser Angina sind die der gewöhnlichen diphtheritischen, schwere Allgemeinerscheinungen, Fieber, Drüsenschwellung, feste Pseudomembranen. Klinisch ist die Diagnose oft recht schwer ohne die bacteriologische Untersuchung zu stellen. Indessen hat diese Angina eine Besonderheit; das ist ihr plötzliches Einsetzen mit Fieber und Schüttelfrost, das an den Beginn einer Pneumonie erinnert. Die Behandlung ist eine antiseptische; Spülungen mit Sublimat, Salicylsäure. Verf. führt 8 Fälle auf, darunter einen neuen.

A. CARTAZ.

45) **L. Haim. Scharlachangina. (Angina scarlatinosa.)** *Przsglad Lekarski. No. 38. 1895.*

Bei beiden Formen der scarlatinösen Angina (Angina catarrhalis et necrotica) wurden vom Verf. bacteriologische Untersuchungen vorgenommen. Bei der catarrhalischen Form wurde meist der Staphylococcus, nur selten Streptococcen gefunden; umgekehrt bei der necrotischen meist der Streptococcus. Verf. glaubt auf Grund von 21 von ihm genau untersuchten Fällen, dass rechtzeitige bacteriologische Untersuchung ein Kriterium für die Prognose der Krankheit abgeben kann.

A. V. SOKOLOWSKI.

46) **Ansiaut. Pseudodiphtheritis mit Streptokokken; Bronchopneumonie. Tod. (Pseudodiphthérie à Streptocoques; bronchopneumonie. Mort.)** *Bull. de l'Acad. Roy. de Méd. de Belgique. No. 1. 1895.*

Der Titel besagt den Inhalt genügend. BAYER.

47) **J. A. Wijnhoff** (Utrecht). **Ein Fall von Retropharyngeal-Abscess nach Ohrleiden. (Een geval van retropharyngeal absces na oorlyden.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1895. II. No. 5.*

Der 19jährige Patient hatte seit dem dritten Lebensjahre an rechtsseitiger Mittelohrentzündung gelitten, welche mit grosser Trommelfellperforation völlig geheilt war. Plötzlich stellte sich Kopfschmerz ein mit hohem Fieber und Milzanschwellung, später leichte Angina, Erythema fugax, Icterus. Es entstand eine resistente, schmerzliche Stelle zwischen Kieferwinkel und Warzenfortsatz. Kein Druckschmerz oder Schwellung in der Regio mastoidea. Keine Hirnerscheinungen. Zunehmende Abmagerung und hectisches Fieber. Nach $3^1/_2$ Wochen wird Eiter expectorirt. Am nächsten Morgen starke Schwellung am Unterkieferwinkel. Vom Oesophagus aus werden mehrere Abscesse mit stinkendem Eiter eröffnet. Exitus letalis nach einigen Stunden. Bei der Section fand sich eine gewaltige Eiteransammlung hinter und neben dem Rachen, ausgedehnte Usur am rechten Theile der Schädelbasis bis in das Foramen jugulare. Thrombose der Vena jugularis und des Sinus transversus. Auf der oberen Fläche des Felsenbeins eine kleine Oeffnung, welche nach den oberen Zellen der Warzenfortsatzes hinleitet. Daselbst ein erbsengrosser Abscess.

Der Verlauf des Processes muss folgender gewesen sein: Primäre Eiterbildung im Warzenfortsatz, extradurale Perforation, Thrombose des Sinus transversus und der Vena jugularis. Eitoriger Zerfall des Thrombus, Fortpflanzung der Infection längs der Vena jugularis und dem Foramen jugulare, Hexis, Perforation des retropharyngealen Abscesses in die Speiseröhre. Eröffnung der Abscesshöhle. Tod. H. BURGER.

48) **G. P. Biggs. Retropharyngealabscess. (Retropharyngeal abscess.)** *N. Y. Med. Record. 31. August 1895.*

Der Fall wurde als Diphtheritis diagnosticirt. Bei der Section wurde beim Herausschneiden des Larynx aus der retropharyngealen Partie eine ganz erhebliche Menge Eiter entleert und es fand sich bei näherem Zusehen eine retropharyngeale Abscesshöhle von etwa 3 cm Durchmesser. Eine Ruptur hatte intra vitam nicht stattgefunden. Die Schleimhaut des Rachens, der Tonsillen und des Larynx war normal, von Diphtherie kein Zeichen. Der Tod war anscheinend durch den Verschluss der Glottis infolge von Vordrängung des pharyngealen Abscesses erfolgt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

49) **H. B. Hewetson. Ein neuer Schwammhalter für Halsoperationen. (A new sponge Holder for use in Pharyngeal and Throat operations.)** *British Medical Journal. 23. März 1895.*

Ein hohler Griff aus Celluloid, durch welchen ein Faden geführt wird, an

diesen ist ein Schwämmchen fest gebunden. Abbildung. Zu beziehen durch Reynolds und Branson, Leeds. ADOLPH BRONNER.

d. Diphtheritis und Croup.

50) **Brazzola. Bereitung des antidiphtherischen Serums. (Preperazione del siero antidifterico.)** *Gazz. d Osp. 1895. No. 19.*

B. beschreibt die nöthigen Manipulationen, um nach Vorgang Behring's und Roux's von Pferden genügend wirksames Serum zu erhalten. Er selbst hat solches schon gewonnen. A. TOTI.

51) **Berliner** (Reinickendorf). **Das Diphtherieheilserum in ärztlicher Praxis.** *Archiv f. Kinderheilk. XIX. 1. Febr. 1895.*

B. hat in der Privatpraxis 42 Fälle von Diphtheritis mit Serum behandelt. Nur 2 Fälle starben, ein Kind befand sich schon in sehr elendem Zustande und im zweiten Falle erfolgte trotz 2700 Antitoxineinheiten der Tod an progredientem Collaps. Hautausschläge wurden öfters wahrgenommen, meist im Aussehen der typischen Urticaria, aber ohne von schweren Erscheinungen begleitet zu sein.

Bei einem Viertel der Patienten stellte sich sehr bald Albuminurie ein, aber nur bei einem Falle Nephritis, vielfach wurden Lähmungserscheinungen beobachtet. SEIFERT.

52) **Baginsky** (Berlin). **Die erste Serie der mit Antitoxin (Aronson) behandelten Diphtheriefälle.** *Archiv f. Kinderheilk. XVIII. 5. Juni 1895.*

In der Einleitung zu dem Bericht (s. Katz) hebt B. hervor, dass von den vielen Mitteln, welche bisher bei Diphtherie von ihm angewandt wurden, nicht ein einziges jemals eine gleiche oder auch nur annähernd günstige Wirkung auf die Krankheit ausgeübt habe, wie das Antitoxin. Von Interesse sind die Ausführungen des Verf. über die Frage, ob die Diagnose der Diphtherie klinisch oder bacteriologisch gestellt werde. Es geht aus den theilweise schon bekannten Untersuchungen im Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause hervor, dass nur die von Hause aus dem äusseren Ansehen nach als zweifelhaft erschienenen Fälle in der überwiegenden Mehrzahl den Löffler-Bacillus vermissen liessen, dass aber bei nahezu allen Fällen ausgesprochener Diphtherie derselbe nachgewiesen werden kann. Es ist also die Diagnose nicht klinisch oder bacteriologisch zu stellen, sondern die bacteriologische Untersuchung bestätigt als neu hinzugezogene sehr werthvolle Untersuchungsmethode die aus den sonstigen klinischen Erscheinungen gestellte Diagnose. Es steht für B. ausser allem Zweifel, dass der Löffler'sche Bacillus der Erreger der echten diphtherischen Erkrankung ist, dass also alle jene Personen, welche den Diphtheriebacillus bergen (mögen sie selbst deutliche Krankheitserscheinungen aufweisen oder nicht), für Andere eine ganz eminente Gefahr sind. Mit diesen Ausführungen wendet sich B. gegen Hansemann, Gottstein und Kassowitz. SEIFERT.

53) **Katz** (Berlin). **Bericht über 167 mit Aronson'schem Antitoxin behandelte Diphtheriefälle.** *Archiv f. Kinderheilk. XVIII. 5. Juni 1895.*

Die 167 mit Antitoxin behandelten Fälle sind in 4 Gruppen vertheilt: I. leichte, II. mittelschwere, III. schwere, IV. septische Fälle. Die sämmtlichen Krankengeschichten sind (zum Theil mit Temperaturcurven) im Auszuge mitgetheilt. Es ist aus diesen Mittheilungen ohne Weiteres ersichtlich, welche ungeheure Arbeitslast in dieser Zeit der Antitoxinbehandlung auf den Aerzten des Kaiserin-Friedrich-Krankenhauses gelegen hat und wir müssen ihnen für ihre sachgemäse objective Darstellung grossen Dank sagen. Der ersten Gruppe gehören 61 Fälle, der zweiten 43 Fälle, der dritten 57 Fälle, der vierten 6 Fälle an. Die locale Behandlung wurde mit einer „Eisenlanolinsalbe" bei einer Anzahl von Patienten geleitet (Ferr. sesquichlor. 30,0, Aq. destill. 5,0, Lanolin 50,0) mit besonders gutem Erfolge bei jenen Fällen, wo sich die Beläge als eine schmierige, stinkende Masse repräsentirten.

Unter den 167 Fällen kamen 24 Todesfälle vor gleich einer Mortalität von 14,3 pCt. Eine Anzahl der gestorbenen Fälle hatte sich schon von Beginn der Behandlung an als besonders hoffnungslos erwiesen. — Tracheotomirt wurden 19 Kinder (12 Todesfälle) und intubirt 10 Kinder (1 Todesfall), in Summa 55,2 pCt. Heilung.

Von unangenehmen Nebenerscheinungen wurden 22mal Exantheme verzeichnet, die sich als rubeolen-, masern-, scharlachähnlich präsentirten oder als ausgedehnte, z. Th. erhabene Erytheme, als Urticaria. Sie alle waren harmloser Natur und schwanden bald wieder. Die Nephritiden bewegten sich im Rahmen des Gewöhnlichen, Bekannten, sie waren nicht unerwartet häufig, nicht besonders schwer, kamen alle zur Heilung.

Die Erfahrungen über Immunisation sind noch zu unzureichend.

SEIFERT.

54) **Bókai** (Budapest). **Meine Erfolge mit Behring's Diphtherieheilserum.** *D. med. Wochenschr. 1895. No. 15.*

B. berichtet über 120 Fälle und fasst sein Urtheil zusammen in folgenden auszüglich wiedergegebenen Sätzen:

1. er hat die Ueberzeugung gewonnen von der specifischen und günstigen Wirkung des Behring'schen Heilserums.

2. Das Verfahren übertrifft alle anderen bisher angewendeten und hat keine andern unangenehmen Nebenwirkungen als Erytheme.

3. Bei Erstickungsgefahr ist neben der Serumtherapie der operative Eingriff geboten.

4. Bei septischer Diphtherie ist der Erfolg zweifelhaft. Die nach Diphtherie auftretende von organischen Veränderungen abhängige Herzlähmung kann durch das Heilserum nicht gehoben werden.

5. Ueber Immunisirung steht das Urtheil aus.

LANDGRAF.

55) **Lenzer. Ueber die Behandlung der Diphtherie mit Behring'schem Heilserum.** *Münch. med. Wochenschr. No. 19. 1895.*

Mittheilung von 9 geheilten Fällen, unter denen 8 mit theilweise sehr schwerer Larynxstenose combinirt waren.

SCHECH.

56) **A. Gottstein** (Berlin). **Beiträge zur Statistik der Heilserumtherapie gegen Diphtherie.** *Therap. Monatsh. 1895. Mai.*

G. macht auf die Irrthümer aufmerksam, denen man bei Beurtheilung des Werthes der neuen Behandlungsmethode leicht verfallen kann und deren Nichtberücksichtigung zu einer Ueberschätzung derselben führen muss.

A. ROSENBERG.

57) **O. Feige** (Niesky). **87 Fälle von Diphtherie.** *Therap. Monatsh. 1895. Juni.*

Die meisten Patienten wurden mit Liq. ferri sesquichl. behandelt, ebenso wie schon früher eine grössere Anzahl mit gutem Erfolge. Die Mortalitätsziffer der Serumbehandlung stellt sich für sämmtliche 32 Fälle auf 10pCt., nur für die Croupfälle auf 11,1pCt., für die Fälle der Rachendiphtherie auf 8,3pCt.

Von den mit Liq. ferri sesquichl. und Serum behandelten 83 Patienten starben 6.

A. ROSENBERG.

58) **Kretz** (Wien). **Bericht über die Obductionsbefunde an 200 Diphtherieleichen, mit besonderer Rücksicht auf die mit Heilserum behandelten Fälle.** *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 14.*

Bei den mit Serum behandelten Fällen zeigten sich jene Erscheinungen, welche erst nach längerer Dauer des diphtheritischen Processes sich entwickeln (die Patienten hatten länger gelebt) oder sie waren nicht an den Folgen der Diphtherie gestorben; endlich kamen relativ weniger Fälle zur Obduction, als vor der Zeit der Serumbehandlung. Daraus zieht Kr. den Schluss, dass das Heilserum günstig wirkt. Vor der Anwendung des Heilserums starben 1894 44pCt. aller im Franz-Josef-Spitale behandelten Diphtheriefälle, bei Anwendung desselben nur 12,7pCt. Kr. bringt dann Tabellen der Obductionen und endlich Auszüge aus den Krankengeschichten der 17 Obducirten, welche mit Serum behandelt worden waren. Von diesen 17 zeigte nur einer das Bild der frischen Diphtherie; daraus und aus den anderen im Originale nachzulesenden Einzelheiten der Obductionsbefunde zieht Kr. den Schluss, „die Serumtherapie mindere bei Diphtheriekranken die Gefährlichkeit des primären Processes".

CHIARI.

59) **Vucetic** (Croatien). **Beitrag zur Behandlung der Diphtherie mit Heilserum Behring.** *Allgem. Wien. med. Zeitung. 1895. No. 14, 15 u. 16.*

Von 27 derart behandelten Fällen starben 6,6pCt. Von 3 praeventiv immunisirten Fällen erkrankte einer am 9. Tage nach der Injection. V. hält nach seinen und fremden Erfahrungen die Immunisirung für sehr unverlässlich. Er ist ein Freund der Serumtherapie und hat nie bedeutende Schädlichkeiten von ihr gesehen, immer aber eine günstige Beeinflussung des lokalen und allgemeinen Leidens. Die schädlichen Wirkungen fasst er als Folgen besonderer Idiosyncrasien des Individuums gegen das Serum auf.

CHIARI.

60) **Muralt** (Zürich). **Erfahrungen über Serumbehandlung.** Mittheilungen aus dem Kinderspital Zürich. — *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 5. 1895.*

M. hat seit dem 25. October 1894 58 Fälle von Bacillen- und Bacillen-Coccen-Diphtherie behandelt und ferner 16 gesunde Kinder mit Erfolg immunisirt. 4 Fälle reiner Diphtherie, 38 Fälle mit Streptococcen, 16 mit Staphylo- und anderen Coccen. — Die 58 zerfielen in 36 Fälle mit von Anfang an günstiger Prognose, in 13 mit dubioser und 9 mit ganz schlechter Prognose. Er macht darauf aufmerksam, dass oft anfänglich leichte Fälle sich in schwere verwandeln, dass aber sein Material insofern ein günstigeres war als vor der Serumzeit, als die Fälle meist sehr früh in Behandlung kamen.

Die Tabelle ist folgende:	58	Fälle	mit	2	Todesfällen
Davon Tracheotomien	2	„	„	1	„
„ Intubationen	14	„	„	0	„
Tracheotomien und Intubationen .	4	„	„	1	„
Tracheotomien u. Intub. zusammen .	6	„	„	2	„

Ohne auf diese kleinen aber günstigen Zahlen zu sehr pochen zu wollen und alle theoretischen und practischen Einwände gegen die Serumtherapie ausführlich berücksichtigend — als schädliche Folgen der subtil ausgeführten Injectionen sah er nur leichte Exantheme, 11 mal Urticaria ähnliche, 1 mal masernähnlich, einmal Herpes, welche nur einen halben bis 2 Tage andauerten — kommt er zu folgenden Schlüssen:

1. Das Serum ist zweifellos gegen Diphtheritis wirksam, je früher es angewendet wird, um so sicherer hält es den Process auf; 2. es ist wirksam auch bei einem Theil der Mischinfectionen und auch noch einige Tage nach Beginn der Krankheit; 3. bis jetzt haben wir keine schädlichen Wirkungen beobachtet.

JONQUIÈRE.

61) **Blattner** (Zürich). **Bericht über die Beobachtungen der chirurgischen Klinik über die Serumtherapie der Diphtherie.** Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte Zürichs. — *Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 5. 1895.*

Vom 28. November 1894 bis 25. Januar 1895 38 Fälle; 4 Fälle reine Diphtherie, 23 Fälle Bacillen und Streptococcen, in 11 Fällen Bacillen und verschiedene Arten von Coccen. 29 Heilungen und 9 Todesfälle, in derselben Zeit also ein wesentlich schlechteres Resultat als bei Muralt (s. d.). Intubirt 1 Fall, tracheotomirt 2, intubirt und tracheotomirt 4 Fälle, also etwas mehr tracheotomirt als bei Muralt. Die Nachuntersuchungen im Hygiene-Institut ergaben, dass in zahlreichen Fällen noch 7—35 Tage nach der Injection (und also theilweise nach eingetretener Heilung) noch als virulent nachzuweisende Bacillen im Halse vorgefunden wurden, also geheilte Diphtherie-Patienten nicht ohne Weiteres aus dem Spital und der Aufsicht entlassen werden dürfen.

In der sehr interessanten Discussion wird von Rednern, welche vom Erfolg der Serumbehandlung fest überzeugt sind, der Antrag gestellt, es solle von der Regierung eine Anweisung an die Aerzte insgesammt gerichtet werden, die Kranken nicht erst zur Operation, sondern sogleich zur Serumbehandlung in das Spital zu senden. Dieser Antrag wird stark bekämpft, weil die ganze Angelegen-

heit noch nicht spruchreif sei und daher in medicinischen Händen bleiben müsse, und die Abstimmung über denselben wird verschoben. JONQUIÈRE.

62) **Gaudard** (Andeer). **Beitrag zur Heilserumtherapie.** *Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 11. 1895.*

24 Diphtheriefälle im Graubündner Hochgebirge, davon 9 ohne, 15 mit Serum behandelt, ohne bacteriologisch controlirt zu sein. Von den ersteren starben 3, von den letzteren, 15, starb nur einer, der erst am 4. Tage geimpft worden war; die übrigen, selbst ein äusserst schwerer, der wegen verweigerter Tracheotomie schon mit dem Erstickungstode kämpfte, verliefen günstig, letzterer so, dass G. ganz überzeugt ist, dass nur das Serum ihn gerettet habe.

Man wird jetzt mit Diphtherieserumbehandlungsberichten überschwemmt, aber in einer Sache, wo die Theorien sich so heftig widersprechen, und in der praktischen Medicin überhaupt, hat die Empirie das erste Wort zu sprechen, immerhin mit der Vorsicht, dass sie nur von Fall zu Fall urtheile und noch keine statische Zahlenschlüsse schliesse, bis weit grössere Erfahrungen vorliegen; aber bei vielen Fällen spricht dann doch vieles für den grossen Nutzen der Serumbehandlung, und eine Verschlimmerung der Zahlenverhältnisse durch dieselbe oder ernstlich schädliche Wirkung des Serums scheinen noch nirgends nachgewiesen zu sein. JONQUIÈRE.

63) **G. Variot** (Paris). **Die Unwirksamkeit des Diphtherieheilserums bei 60 letalen Fällen toxischer Diphtherie. (Insufficacité du serum antidiphtherique dans seize cas de diphtherie toxique suivie de mort.)** *Journal de clinique et de therap. infant. 16. Mai 1895.*

Die Ueberschrift deckt den Inhalt. LUC.

64) **Thibierge** (Paris). **Gutartige Angina diphtherica mit Mischinfection; Serumbehandlung; toxische Erscheinungen. (Angina diphthérique associée bénigne traitée par le serum. Accidents toxiques.)** *Journ. de clin. et de therap. infant. 23. Mai 1895.*

Es handelt sich um eine Angina mit Diphtheriebacillen und Staphylococcen. Es wurden mehrere Seruminjectionen gemacht, worauf Urticaria, später Erbrechen und Collaps eintraten. Noch mehrere Wochen bestanden Membranen im Halse, indessen ohne Diphtheriebacillen. LUC.

65) **Péry. Diphtherie des Gaumendachs und Gaumensegels. Behandlung mit von Prof. Ferré hergestelltem Serum. Heilung. (Diphthérie de la voûte palatine et du voile du palais. Traitement par le sérum antidiphthéritique préparé par le Professeur Ferré. Guérison.)** *Journal de médecine de Bordeaux. No. 23. 1. Juni 1895.*

Es handelt sich um eine reine Diphtherie bei einer 57jährigen Frau. Drei Injectionen wurden gemacht von 18, 15 und 10 ccm; die beiden ersten hatten lebhafte Unruhe zur Folge. E. J. MOURE.

66) **Mougour. Veränderungen des Urins nach Injection von Diphtherieserum. (Des modifications urinaires consécutives aux injections de serum antidiphthérique.)** *Journal de médecine de Bordeaux. No. 24. 10. Juni 1895.*

In zwei Fällen constatirte M. eine Vermehrung der Harnstoffausscheidung und besonders der Phosphate. Die Urinmenge stieg erst nach der Abstossung der Membranen.

E. J. MOURE.

67) **Masse** u. **Angereau. Zwei Fälle von Larynxcroup geheilt durch Injectionen von Diphtherieserum. (Deux observations de croup laryngien; guérison par des injections de serum antidiphthérique.)** *Gazette hebd. des sciences médical. No. 26. 30. Juni 1895.*

In beiden Fällen konnten die Verff. die Tracheotomie umgehen, indem sie sofort, noch bevor sie das Resultat der bakteriologischen Untersuchung kannten, eine erste, später eine zweite und dritte Injection machten.

E. J. MOURE.

68) **A. Voûte** (Amsterdam). **Rapport in der Frage der Serum-Therapie bei Diphtherie. (Rapport in Zake de Serum-therapie bij diphtheritis.)**

69) **H. Timmer** (Amsterdam). **Die Serum-Therapie bei Diphtherie im Kinderkrankenhause zu Amsterdam. (De Serum-therapie bij de diphtherie in het Kinderziekenhuis te Amsterdam.)** Discussion. — *„Voordrachten" der Ned. Vereenig. voor paediatrie. IV. H. 1. 1895.*

In seinem Referat führt V. aus, dass die Wirksamkeit des Serums in den Fällen, wo der Löffler'sche Bacill gefunden wird, sich ebenso gut entfaltet wie in den Fällen von klinischer Diphtherie, wo der Bacill fehlt.

Die Nachkrankheiten der Diphtherie scheinen von Serum nicht beeinflusst zu werden. Die von V. früher ausgesprochene Vermuthung, dass die Einspritzung von Serum die Widerstandsfähigkeit der Patienten anderen Infectionskrankheiten gegenüber herabsetze, ist bisher nicht bestätigt worden. Die Mehrzahl der holländischen Aerzte, welche V. ihre Erfahrungen mitgetheilt haben, haben vorläufig ein günstiges Urtheil über das Mittel gewonneu.

T. theilt, als Co-Referent, die fleissig durchgearbeitete Statistik des Amsterdamer Kinderkrankenhauses mit. Diese für die heilende Kraft des Serums überaus günstige Statistik ist auch in der „Deutschen med. Wochenschr." (1895, No. 37) erschienen.

In der Discussion werden namentlich auch aus Rotterdam günstige Resultate der Serum-Therapie berichtet.

H. BURGER.

70) **A. Voûte** (Amsterdam). **Einige Bemerkungen betreffs der Heilserum-Therapie bei Diphtherie. (Eenige opmerkingen omtrent de heilserum-therapie bij diphtherie.)** *Med. Weekbl. II. No. 3. 20. April 1895.*

Einleitung zur Discussion.

Es sei nothwendig, die Mortalitätsziffer der Krankenhäuser durch die allgemeine Mortalität zu controlliren.

Ueber den Werth des Heilserums als Heilmittel ist vorläufig nichts Sicheres auszusagen.

H. BURGER.

71) **F. Ph. Küthe** (Tiel). **Das antidiphtheritische Serum (Van der March). (Het antidiphtheritische Serum — Van der March.)** *Med. Weekbl. II. No. 2. 13. April 1895.*

Die Herstellung des Serums durch Van der March steht unter Küthe's Controlle.

Bemerkungen über die Wirkung und die Controlle dieses Mittels.

H. BURGER.

72) **F. Ph. Küthe** (Tiel). **Ein heftiger Fall von Diphtherie mit grossen Gaben Zütphener Heilserums behandelt. (Een hevig geval van diphtheritis med groote deses Zutfensch heilserum behandeld.)** *Geneesk. Courant. 21. April 1895. No. 16.*

Der Titel sagt genug.

H. BURGER.

73) **Redactionelle Notiz. Das erste in Niederland hergestellte Heilserum gegen Diphtherie. (Het eerste in Nederland bereide heilserum tegen diphtherie.)** *Geneesk. Courant. 10. März 1895. No. 10.*

Das Serum wird von Van der March in Zuttphen hergestellt und von Küthe kontrolirt.

H. BURGER.

74) **Delbastaille** et **Roux. Fall von Diphtheritis des Pharynx und Larynx geheilt mit dem Roux'schen Serum.** *Le Scalpel. 13. I. 1895.*

Schwerer Fall von Diphtheritis des Rachens und Kehlkopfs geheilt: 1. mit 3 Injectionen von 20 ccm Roux'schem Serum, jede in einem Zwischenraum von 2 Tagen; 2. mit reichlichen Borsäureausspülungen der Nase und des Schlundes; 3. Halsauspinselungen mit 5proc. Salicylglycerin; 4. tonisirende innerliche Behandlung.

BAYER.

75) **De Becker. Genuiner Croup. Heilung nach Seruminjection und Tracheotomie. (Croup d'emblée. Guérison après injection de Serum et Trachéotomie.)** *La Presse Méd. Belge. 7. II. 1895.*

Ein 7jähriger Patient, der zum Verfasser im asphyctischen Zustand gebracht worden war, mit rother, entzündeter Kehle ohne Membranen. Diagnose: Genuiner Croup. Injection von 10 g Serum Behring No. 3; 2 Stunden darauf Tracheotomie wegen Verschlimmerung. Tags darauf Ausstossen einiger Pseudomembranen; neue Injection von 10 g Serum. Kind nimmt Nahrung zu sich! Tags darauf Ausfluss einer reichlichen rahmigen Flüssigkeit aus der Kanüle mit aufgelösten Pseudomembranen, in welchen der Löffler'sche Bacillus gefunden wurde. Am 3. Tage normale Temperatur, Entfernung der Kanüle. 20 Tage nach der Tracheotomie verliess er ganz geheilt das Spital.

BAYER.

76) **Mulle. Genuiner Croup; Tracheotomie und Seruminjection. (Croup d'emblée; Trachéotomie et injection de Serum.)** *La Presse Méd. Belge. No. 9. 1895.*

Es wurden nach vorgenommener Tracheotomie 10g Behring'schen Serums injicirt; tags darauf werden 10 g und am darauffolgenden Tag noch 10 und dann noch 5 g Serum aus dem Institut des Parc Léopold eingespritzt. Am

7. Tage wird die Kanüle entfernt und das Kind einige Tage darauf geheilt entlassen.

BAYER.

77) **Trétrop** (Antwerpen). **Die Einwürfe gegen die Serumtherapie der Diphtheritis. (Les objections à la sérothérapie de la diphtérie et leur valeur.)** *La Presse Méd. Belge. No. 10. 1895.*

Nichts Neues.

BAYER.

78) **Maréchal. Zwei Applicationen der Serumtherapie. (Deux applications de la Sérothérapie.)** *La Presse Méd. Belge. No. 10. 1895.*

Seruminjection bei einem 18monatlichen Kinde mit genuinem Croup; letaler Ausgang, welcher nach M. mehr dem frühen Lebensalter des Kindes zuzuschreiben ist, da das Serum seine günstige Wirkung hervorgebracht hatte.

Der 2. Fall betrifft ein 6jähriges Mädchen mit membranöser Angina der Mandeln ohne Kehlkopfcomplication; der Löffler'sche Bacillus fehlte, deshalb wurde ausser den 10 g weiter kein Serum mehr injicirt. Prompte Heilung.

BAYER.

79) **Voûte** (Gand). **Einige Bemerkungen bezüglich des antidiphtheritischen Serums. (Quelques observations relatives au Serum antidiphtéritique.)** *La Flandre Méd. No. 19. 1895.*

Trotz der so günstigen Resultate, welche man an gewissen Orten erzielt hat, kann der Autor nach einer sorgfältigen Prüfung des Materials vorläufig doch zu keinem andern Schluss kommen, als den: „Das Serum kann weiterhin die Aufmerksamkeit aller derjenigen verdienen, welche sich für die Heilung von Infectionskrankheiten interessiren."

BAYER.

80) **G. Davis. Drei Fälle von Diphtheritis mit Antitoxin behandelt; Tracheotomie in zwei Fällen; kein Todesfall. (Three cases of Diphtheria treated with Antitoxinserum; Tracheotomy performed in two of the cases, Recovery in all.)** *Lancet. 13. April 1895.*

Krankengeschichten der 3 Fälle.

ADOLPH BRONNER.

81) **F. Roberts. Dreizehn Fälle von Diphtheritis mit Antitoxin behandelt; Bemerkungen. (Thirteen cases of Diphtheria Treated with Antitoxin; Remarks.)** *Lancet. 13. April 1895.*

Zwei Todesfälle durch Bronchopneumonie und Urinsuppression.

ADOLPH BRONNER.

82) **A. Winkfield, Andrew, W. Lace. Fälle von Diphtheritis mit Antitoxin behandelt. (Cases of Diphtheria treated by Antitoxin.)** *British Med. Journal. 11. Mai 1895.*

Neun Fälle werden kurz beschrieben.

ADOLPH BRONNER.

83) **Codd, Whitehouse. Fälle von Diphtheritis mit Antitoxin behandelt. (Cases of Diphtheria treated by Antitoxine.)** *Brit. Med. Journ. 18. Mai 1895.*

13 Fälle werden besprochen.

ADOLPH BRONNER.

84) **Mantle. Antitoxin und Diphtheritis. (Antitoxine Treatment of Diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 8. Juni 1895.*

In der Leeds Medic.-Chirurg. Gesellschaft besprach Verf. 2 Fälle.

ADOLPH BRONNER.

85) **Lennox Browne. Vergleichende Studien über die Behandlung der Diphtheritis, mit besonderer Rücksicht auf die Serumtherapie. (A Comparative Study of the Treatment of Diphtheria, especially in regard to Antitoxin.)** *Journal of Laryngology. Mai 1895.*

Bericht über 900 mit und 100 ohne Serum behandelte Fälle. Sehr interessante Vergleiche der End-Resultate; die Todesfälle sind beidemal ungefähr gleich, ca. 25 pCt. Dagegen sind bei der Serum-Behandlung Anurie, Nephritis und Syncope viel häufiger gewesen. ADOLPH BRONNER.

86) **E. L. Marsh. Weitere Mittheilungen über die Serumbehandlung bei Diphtherie. (Further notes on cases of diphtheria treated with antitoxin.)** *Glasgow Med. Journ. Mai 1895.*

Bericht über 4 Fälle. 2 Kinder starben, beide bereits am Tage nach der Aufnahme in das Spital, nachdem bei jedem nur 1 Injection gemacht worden war. Von den beiden anderen Kindern erhielt das eine 1, das andere 2 Injectionen.

A. LOGAN TURNER (P. M'BRIDE).

87) **Discussion über die Diphtheritis, ihre Aetiologie, Diagnose und Prognose und ihre Serumbehandlung. (Discussion on dipetheria, limited to the etiology, diagnosis and prognosis of that disease and its treatment by serum.)** Glasgow Medico-Chirurgical Society, Sitzung vom 15. März 1895. — *Glasgow Medical Journal. Juli 1895.*

Die Discussion wurde eröffnet von R. M. Buchanan, der über die mikroskopische Untersuchung der Membranen, über die Züchtung der Bacillen und ihre Culturmedien und über die Erzeugung der Krankheit durch Impfexperimente sprach.

Es folgte Armand Ruffer, der über den diagnostischen Werth des Bacillus, über die Methoden der Toxinbereitung, über die Impfung der Pferde und die pathologische Bedeutung des Serums sprach.

Nach ihm erörterte Newman die Frage der Immanität, die Serumgewinnung und die diagnostischen Schwierigkeiten mancher Fälle; er betonte besonders die Nothwendigkeit der frühen Anwendung des Serums.

A. LOGAN TURNER (P. M'BRIDE).

88) **W. J. Burleigh. Drei Fälle von Diphtherie mit Serum behandelt. (3 cases of diphtheria treated by antitoxin.)** *Med. and Surg. Reporter. 20. April 1895.*

Alle 3 Fälle genasen; ohne besonderes Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

89) **Axel Johanessen. Todesfälle nach der Injection von Diphtherieheilserum. (Deaths following the injection of antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 11. Mai 1895.*

Verf. berichtete in der Medicinischen Gesellschaft am 9. Januar über einen

Todesfall nach einer Präventivimpfung mit Diphtherieserum. Der betr. Patient war ein 2jähriger Knabe und litt an spastischer Spinalparalyse.

Im ungarischen Blatte Gyogyáaszat berichtet Alföldi (Pancsova) von einem 3jährigen Mädchen, das am 16. Januar 2ccm Behring'sches Serum (100 A.-E.) ebenfalls zu Präventivzwecken erhielt. Es stellte sich eine Depression und Appetitmangel ein, am 18. Fieber und Schmerzen in den Beinen, dabei erhebliche Albuminurie, am 19. Petechien über den ganzen Körper, am 20. Exitus.

LEFFERTS.

90) **A. P. Ohlmacher. Drei Versuche an Hunden zur Bestimmung der Dauer der durch das Serum erzielten Diphtherie-Immunität. (Three experiments on dogs to determine the duration of diphtheria antitoxin immunity.)** *N. Y. Med. Record. 18. Mai 1895.*

Verf. glaubt folgende Schlüsse ziehen zu dürfen: 1. Die durch eine Injection von Diphtherie-Heilserum erzielte Immunität ist am Ende von 20 Stunden voll entwickelt. 2. Im Laufe der nächsten Woche nimmt dieselbe allmälig ab. 3. Nach Ablauf von 8 Tagen ist sie erheblich verringert. 4. Das Blutserum des durch die Seruminjection immunisirten Hundes besitzt keine ausgesprochenen antitoxischen Fähigkeiten, obgleich der Hund selbst gegen grosse Giftdosen geschützt ist.

LEFFERTS.

91) **A. C. White. Klinische Erfahrungen über die Serumbehandlung der Diphtherie. (Clinical experience in the treatment of diphtheria with antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 18. Mai 1895.*

W. verwerthet für sein Urtheil nur die schweren Fälle; seine Erfahrungen sind durchaus günstige.

LEFFERTS.

92) **Louis Fischer. Das Serum bei Diphtherie. (Antitoxin in diphtheria.)** *N. York. Med. Record. 18. Mai 1895.*

Verf. rühmt das Serum, mit dem die Behandlungsresultate um 50 pCt. bessere sind, als die mit irgend einer Behandlungsweise vorher erzielten. Das Sinken der Mortalität von 40 auf 12pCt. kann nur auf das Serum zurückgeführt werden. Verf. benutzt selbst ausschliesslich das deutsche Präparat von Behring.

LEFFERTS.

93) **C. C. Barrows. Diphtheriefälle unter Serumbehandlung. (Cases of diphtheria treated with antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 25. Mai 1895.*

Bericht über 3 günstig verlaufene Fälle.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

94) **A. M. Thomas. Bericht über die Erfahrungen mit dem Diphtherieheilserum im Nursery and Child's Hospital. (Raport of an experience with antitoxin at the Nursery and Child's Hospital.)** *N. Y. Med. Rezord. 15. Juni 1895.*

Es wurden geimpft, zum grössten Theil in prophylactischer Absicht:

7	Kinder im Alter von	3—4 Wochen	mit	50 Antitoxin-Einheiten,
12	„ „ „ „	2 Monaten	„	50—75 „
36	„ „ „ „	3—6 „	„	100 „
22	„ „ „ „	7—12 „	„	150 „
59	„ „ „ „	2—3 Jahren	„	200 „

Der Verf. berichtet eingehend über die Erscheinungen nach der Impfung, besonders den Albumingehalt des Urins, die Temperaturverhältnisse und die Erscheinungen auf der Haut. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

95) **R. Rosenthal. Zwei Fälle von Kehlkopfdiphtherie; Intubation; Serumbehandlung; Tod. (Two cases of laryngeal diphtheria intubated; treated with antitoxin-followed by death.)** *Philad. Med. News. 25. Mai 1895.*

Verf. führt in beiden Fällen den Tod nicht auf das Serum zurück; wenn Temperatur, Puls und Athmung nach der Injection des Serums noch hoch bleiben, so zeigt dies nur an, dass die Toxine noch nicht ausreichend neutralisirt sind und eine unmittelbar grössere Serumdosis erscheint indicirt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

96) **W. J. Howard. Die Resultate der Serumbehandlung bei 40 Fällen von Diphtherie. (The results of the treatment of 40 cases of diphtheria with the antitoxin.)** *Phil. Med. News. 1. Juni 1895.*

Die Beobachtungen wurden gelegentlich einer Epidemie in Ashtabula, Ohio, im December 1894 gemacht. Unter den 40 Fällen betrug die Mortalität 7,5 pCt. und wenn 2 Fälle, die erst am 6. Tage zur Behandlung kamen, abgerechnet werden, nur 2,5 pCt. Die Erfahrungen über die prophylactische Impfung waren unsichere; es erkrankten von 21 geimpften Kindern 10; doch verlief die Krankheit in allen Fällen günstig und die injicirte Dosis war wohl auch zu gering gewesen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

97) **E. Rosenthal. Bericht über eine Reihe von Fällen von Kehlkopfdiphtherie, die mit Serum behandelt wurden, mit und ohne Intubation. (A report of a series of cases of laryngeal diphtheria treated with antitoxin with and without intubation.)** *Med. News. Philad. 8. Juni 1895.*

Es wird über 22 Fälle berichtet, von denen 2 starben = 9 pCt. Mortalität. 10 Fälle wurden nicht intubirt, diese heilten alle. R. hält die Antitoxinbehandlung bei der laryngealen Diphtherie für ganz besonders indicirt und verlangt deren Anwendung in jedem Stadium der Erkrankung, ob man den Fall früh oder spät zu Gesicht bekommt. Auch auf rasche Intubation drängt er, wo dieselbe indicirt ist, selbst vor der Seruminjection. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

98) **Welch. Ernst. Mason. Jacobi. Billings. Abbott. Osler. Discussion über das Diphtherieserum in der Gesellschaft amerikanischer Aerzte. (Discussion on Diphtheriaantitoxin before the Association of American Physicians.)** *Med. News Philad. 15. Juni 1895.*

Nichts besonders Erwähnenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

99) **A. Jefferis Turner** (Brisbane Queensland). **Ueber die Heilserumtherapie. (On the treatment of disease by antitoxins.)** *Intercolon. Quarterly Journ. of Med. and Surgery. Mai 1895.*

Verf. giebt eine ausführliche Darstellung der Grundlagen der Serumtherapie und der von Behring eingeführten Anwendungsweise derselben bei der Diphtherie. A. J. BRADY.

100) **A. Jefferis Turner** (Brisbane Queensland). **Die Stellung der Bakteriologie in der praktischen Medicin. (The place of bacteriology in practical medicine.)** *Australian Med. Gazette. 15. Mai 1895.*

Die Arbeit beschäftigt sich hauptsächlich mit dem Diphtherieheilserum und giebt Anweisungen für den Gebrauch desselben. A. J. BRADY.

101) **Eugen Hischfeld** (Brisbane Queensland). **Die Behandlung der Diphtheritis mit Serum. (Treatment of Diphtheria with antitoxin.)** *Australian Medical Gazette. 15. Mai 1895.*

Verf. berichtet über einen schweren Fall von Diphtherie bei einem Kinde von 5 Jahren. Klebs-Loeffler'sche Bacillen wurden nur in geringer Zahl, dagegen Streptokokken und Diplokokken nachgewiesen. Am 4. Krankheitstage Injection von 6 ccm Behring'sches Serum (ob No. 1, 2 oder 3 ist nicht erwähnt. Ref.); unmittelbar danach Intubation. Innerlich Calomel, 1 stündl. Auswaschung des Mundes mit 3 proc. Kal. chloric.-Lösung. Das Kind genas. H. sieht in dem Vorhandensein von Staphylokokken eine Indication für energische locale Antisepsis des Mundes; ausserdem hält er die Anregung der excretorischen Function zur Ausscheidung der Toxine für wichtig. A. J. BRADY.

102) **P. J. Thane** (Yass N. S. W.). **Ein Fall von Diphtherie mit Serum behandelt. (Notes on a case of diphtheria treated with antitoxin.)** *Austral. Med. Gazette. 15. Juni 1895.*

Der Patient, ein Erwachsener mit schweren Krankheitssymptomen, genas; die Injection wurde am 3. Krankheitstage vorgenommen. A. J. BRADY.

103) **Litchfield. Diphtheritis-Antitoxin im Kinderkrankenhaus zu Sydney. (Diphtheria antitoxin at the hospital for sick children Sydney.)** *Austral. Medical Gazette. 15. Juni 1895.*

Behandelt wurden mit Serum 44 Fälle. Verf. stellt in einer sehr lehrreichen Tabelle das Alter der Patienten, den Tag der Erkrankung bei Beginn der Behandlung und die verbrauchte Serummenge zusammen. Von den Fällen waren 23 schwer, 11 sehr schwer und 10 leicht erkrankt. Die Tracheotomie wurde bei 19 gemacht. Zur Heilung kamen 77,28 pCt. Als Todesursache wird angegeben Asphyxie bei 4 Fällen, postdiphtheritische Herzschwäche bei 3, Toxämie bei 2 und Bronchopneumonie bei einem Fall. Der Klebs-Loeffler'sche Bacillus wurde in jedem der Fälle durch die Cultur nachgewiesen. A. J. BRADY.

104) **R. R. Harvey** (Wentworth N. S. N.). **Zur Serumbehandlung bei Diphtheritis. (Antitoxin-treatment of diphtheria.)** *Austral. Med. Gazette. 15. Juni 1895.*

Die 20jährige Patientin erhielt am 2. Krankheitstage 10 ccm Serum injicirt, Ausgang in Heilung. A. J. BRADY.

105) **A. H. Fieldstad** (Sydney). **Serumgebrauch bei einem schweren Diphtheriefalle am 5. Krankheitstage; Ausgang in Heilung. (Antitoxin in a serious case of diphtheria 5 dag of disease. Recovery.)** *Australian Medical Gazette. 15. Juni 1895.*

Krankengeschichte des Falles. A. J. BRADY.

106) **Springthorpe** (Melbourne). **Diphtheriefälle unter Serumbehandlung. (Cases under antitoxin.)** *Austral. Med. Gazette. 15. Juni 1895.*

Bericht über 4 Fälle, die alle zur Heilung kamen. A. J. BRADY.

107) **J. Gastol Abbott** (Hobart Tasmania). **Ein Fall von Diphtherie mit Serum behandelt. (Case of diphtheria treated with antitoxin.)** *Australian Medical Gazette. 15. Juni 1895.*

Die 50jährige Patientin, die sehr ernste Symptome darbot, erhielt am 5. Tage 400 Antitoxin-Einheiten (Behring I.) injicirt. Sie kam zur Heilung; später stellte sich postdiphtheritische Lähmung ein. A. J. BRADY.

108) **W. Camac Wilkinson** (Sydney). **Zwei Fälle von Diphtherie mit Behring'schem Serum behandelt. (Two cases of diphtheria treated with Behring's Antitoxin.)** *Australian Medical Gazette. 15. Juni 1895.*

Ein Fall kam zur Heilung; der andere starb in Asphyxie; W. konnte die Tracheotomie nicht mehr rechtzeitig ausführen, infolge der Nachlässigkeit der Wärterin wurde er zu spät gerufen. A. J. BRADY.

109) **A. A. Lendon** (Adelaide S. Australia). **Zwei Fälle von Diphtherie im Kinderspital von Adelaide mit Serum behandelt. (Two cases of diphtheria treated at the Adelaide Childrens Hospital.)** *Austral. Medical Gazette. 15. Juni 1895.*

Beide Fälle genasen. A. J. BRADY.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

110) **A. Sikkel** (Haag). **Schemata für das Kehlkopfspiegelbild. (Schema's voor het keelsspiegelbeeld.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1895. II. No. 13.*

111) **H. Burger** (Amsterdam). **Idem.** *Ibid.*

S. macht auf die Demme'schen Stempel-Schemata aufmerksam.

B. betrachtet die nach seinen Angaben dargestellten als mehr dem Zwecke entsprechend. H. BURGER.

112) **Felix Semon. Klinische Vorlesung über gutartige Geschwülste des Kehlkopfes. (A Clinical Lecture on Benign Growths in the Larynx.)** *Clinical Journal. 20. Februar 1895.*

Die Ursache ist noch unklar, der Einfluss des chronischer Catarrhs zweifelhaft. Am häufigsten in den ersten Lebensjahren und zwischen 20 und 40 Jahren. Bei Männern häufiger als bei Frauen. Papillome, Fibrome und Cysten sind die drei gewöhnlichen Arten, Papillome am häufigsten, meistens an den Stimmbändern, selten an der Epiglottis, niemals an der Plica interarytaenoidea. Selten treten bedeutendere Blutungen bei ihrer Entfernung auf. Die Fibrome sind meist solitär, und bluten oft stärker nach der Operation. Die Cysten sind Retentionscysten, glandulären Ursprungs, sie kommen meist an der Hinterfläche der Epiglottis vor.

Die Symptome sind meist nur Heiserkeit oder Aphonie sowie Dyspnoe, Schmerzen und Husten sind äusserst selten. Wenn nicht behandelt, nehmen die

Geschwülste gewöhnlich an Grösse zu. Es sei nicht wahr, dass durch endolaryngeale Operationen gutartige Geschwülste in bösartige verwandelt werden. Die wichtigsten Punkte der Differentialdiagnose zwischen gut- und bösartigen Geschwülsten sind:

1. Alter: Gutartige Geschwülste im Alter von über 50 Jahre entschieden selten.

2. Sitz: Die gutartigen Tumoren kommen meist in der vorderen Hälfte der Stimmbänder vor. Geschwülste an den hinteren Hälften der Stimmbänder, aryepiglottischen Falten, Epiglottis (ausser Cysten), Interarytaenoidfalte sind verdächtig.

3. Wenn das afficirte Stimmband theilweise oder ganz unbeweglich ist, so weist dies auf Bösartigkeit hin.

4. Die bösartigen Geschwülste verursachen meist circumscripte Entzündung in ihrer Umgebung.

5. Wenn beim Erwachsenen ein ganzes Stimmband mit papillomatösen Excrescenzen bedeckt zu sein scheint, während das andere völlig normal ist, so weist dies auf maligne Geschwulst des Ventrikels hin.

6. Wenn Papillome schneeweiss und grasartig sind, so ist die Geschwulst sehr verdächtig.

Bei multiplen Papillomen der Kinder ist es am besten, wenn nöthig, zu tracheotomiren und mit der Entfernung der Geschwulst zu warten. Die Intubation sei in diesen Fällen nutzlos und gefährlich.

Scanes Spicer hat empfohlen, Kinder zu chloroformiren und ihren Rachen und Kehlkopf zugleich mit Cocain zu pinseln, um intralaryngeal operiren zu können.

ADOLF BRONNER.

113) **Chiari. Ueber den Ursprung und die Struktur der sogen. Schleimpolypen der Stimmbänder. (Sur l'origine et la structure des polypes dits muqueux des cordes vocales.)** *Annales des malad. de l'oreille. No. 2. Februar 1895.*

Verf. bespricht mehrere Fälle von Schleimpolypen der Stimmbänder und beschreibt die Resultate ihrer histologischen Untersuchungen. Er kommt zu dem Schlusse, dass es sich bei vielen Fällen von sogen. Polypen nur um eine circumscripte Hypertrophie der Schleimhaut der Stimmbänder handelt. Diese Hypertrophien werden dann von Serum durchtränkt und gewinnen dadurch makroskopisch das Aussehen echter Schleimpolypen. Die letzteren sind jedoch sehr selten.

E. I. MOURE

114) **H. A. Francis** (Sherwood, Queensland). **Papillome des Kehlkopfs. (Papilloma of larynx.)** *Australian Med. Gazette. 15. April 1895.*

Verf. berichtet über zwei Fälle. Der erste betraf einen jungen Mann von 19 Jahren. Die Heiserkeit bestand seit 6 Jahren. Der Tumor war bereits vor 3 Jahren constatirt worden. Von Zeit zu Zeit vorgenommene Untersuchungen ergaben, dass derselbe nicht wuchs, bis er vor 10 Monaten plötzlich begann, sich zu vergrössern und in 10 Tagen auf das Doppelte seines Volumens wuchs. Ein Theil der Geschwulst gehörte dem rechten Stimmband an, ein Theil sass subglottisch. Der Tumor wurde mit der Mackenzie'schen Zange entfernt. Der

zweite Patient, 35 Jahre alt, hatte seit 5 Jahren Symptome. Die sehr grosse Geschwulst sass hauptsächlich subglottisch an der vorderen Commissur. Nach der Entfernung mit der Mackenzie'schen Zange ätzte Verf. zur Verhütung von Recidiven wiederholt mit Chromsäure. A. F. BRADY.

115) **W. F. Quaife** (Sydney). **Kehlkopfpapillom. (Laryngeal papilloma.)** *Austral. Medical Gazette. 15. Mai 1895.*

Qu. erklärt Kehlkopfpapillome für eine seltene Erscheinung in Australien. Er empfiehlt, wenn nach der Entfernung Recidive sich einstellen, einige Chromsäurekrystalle zu appliciren; diese dringen tiefer als der Electrocauter. Nach der Chromsäureätzung muss der Larynx mit einer Natrium bicarbonat-Lösung ausgesprayt oder ausgewischt werden. A. F. BRADY.

116) **Wherry. Laryngeale Tumoren durch Operation entfernt. (Laryngeal Growths removed by operation.)** *Brit. Med. Journ. 9. März 1895.*

Es wurde tracheotomirt, nach einigen Tagen der Schildknorpel median gespalten und die Tumoren entfernt. (Cambridge Medical Society).

ADOLF BRONNER.

117) **F. Marsh** (Heaton). **Recidivirende Adenome des Larynx. (Recurrent Adenomata of the Larynx.)** *Brit. Med. Journ. 25. Mai 1895.*

Vorstellung von Fällen in der Birmingham Med. Gesellschaft, in denen wegen multipler Adenome und Papillome des Larynx bei Kindern die Thyrotomie gemacht wurde. ADOLF BRONNER.

118) **Jeannel. Epitheliom des Larynx; Totalexstirpation desselben. Heilung und späteres Resultat. (Epithelioma du larynx. Laryngectomie totale. Guérison, resultat éloigné.)** *Archives médicales de Toulouse. No. 11. 15. Juni 1895.*

Die Krankheit wurde zuerst vor 5 Monaten bemerkt; der 45jährige Patient war starker Raucher. Ein Erstickungsanfall hatte vor 8 Tagen die Tracheotomie nöthig gemacht. Es handelte sich um ein endolaryngeales gelapptes Epitheliom ohne Drüsenschwellung. F. E. J. MOURE.

119) **W. P. Porcher. Thyreotomie wegen Epitheliom. (Thyreotomy for epithelioma.)** *N. Y. Med. Journal. 13. Juli 1895.*

Es handelte sich um ein Epitheliom des Kehlkopfs bei einer 29jährigen Frau. Auf den Rath verschiedener Autoritäten und um eine zweimalige Narkose zu vermeiden, wurde die Tracheotomie und Thyreotomie gleichzeitig gemacht. Aus dem Verlauf des Falles zieht Verf. verschiedene wichige Lehren bezüglich der anzuwendenden Canülen; vor allem aber räth er zwischen Tracheotomie und Thyreotomie stets ein Intervall von mehreren Tagen zu lassen, damit der Patient sich an die Canüle gewöhnt und nicht durch Eindringen von Blut in die Trachea eine Pneumonie entsteht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

120) **Ward. Excision des Larynx. (Excision of the Larynx.)** *Lancet. 2. November 1895.*

W. hat in dem Leeds Medical Meeting über die Operation gesprochen und dabei drei eigene Fälle erwähnt. ADOLPH BRONNER.

121) **E. Herczel. Ueber die Totalexstirpation des carcinomatösen Kehlkopfes. (A rákosgége teljes kiirtásáról.)** Vorträge, gehalten im Vereine der Specialärzte und in der Gesellschaft der Aerzte zu Budapest. 1895.

H. hat dreimal wegen Kehlkopfkrebs die totale Kehlkopfexstirpation ausgeführt. Das wesentliche Moment liegt nach ihm in der vollkommenen Ausführung des Pharynxverschlusses. Im ersten Falle erstreckt sich bei dem 55jährigen Patienten die Neubildung fast über den ganzen Kehlkopf. Am 11. Tage nach vorhergegangener Tracheotomie vollführte H. die Kehlkopfexstirpation. Die Ablösung des Kehlkopfes erfolgte von unten nach oben. Die Pharynxwand wurde abwechselnd mit Catgut und Seide bis auf eine kleine Oeffnung unter der Epiglottis vereinigt, die Wundränder gingen am 6.—7. Tage auseinander und der Patient wurde erst später durch secundäre Plastik und totalen Verschluss des Rachens geheilt.

Der zweite Fall betraf einen 42jährigen Mann, bei welchem vier Monate vor der totalen Exstirpartion wegen Krebs die vordere Hälfte des Larynx (Resectio laryngis) entfernt worden war, worauf sich aber bald ein Recidiv eingestellt hatte. Nach ausgeführter Totalexstirpation wurde die Phaynxwand mit doppelreihigen Seidennähten verschlossen. Doch sind in diesem Falle an der Pharynxwand durch den Druck des Gazetampons 2 kleine Decubitusöffnungen entstanden, die sich erst später durch Granulationsbildung bei Verkleinerung der Wunde von selber schlossen. Der Patient wurde geheilt entlassen.

Dritter Fall: Bei einem 56jährigen Manne, bei dem die carcinomatöse Geschwulst vom rechten Stimmbande ihren Ausgangspunkt nahm und die Grenzen des Larynx noch nicht überschritt, führte H. ebenfalls die praeventive Tracheotomie und nach 3 Wochen die Totalexstirpation des Kehlkopfs aus. Er verfuhr ähnlich wie Rotter (Berl. klin. Wochenschr. 1895. Februar), indem er nach dem gänzlichen Abschlusse des Pharynx über die Nahtstelle eine breite Schicht der Muskulatur durch Nähte zusammenzog. Die Heilung erfolgte per primam. Patient konnte sofort nach der Operation schlucken, flüssige und breiige Nahrung herunterbringen.

In den beiden ersten Fällen bildete sich eine ziemlich brauchbare Pseudostimme aus; im letzten Falle wurde ein künstlicher silberner Kehlkopf in modificirter Form des Rotter-Wolff'schen applicirt, welcher vom Patienten sehr gut vertragen wird.

v. NAVRATIL.

122) **Zarniko. Eigenthümliche Erkrankung der Trachealschleimhaut.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 13. 1895.*

Demonstration eines 20jähr. Soldaten mit einer eigenthümlichen Erkrankung der Trachealschleimhaut, vorgestellt im ärztl. Verein Hamburg. Die Luftröhrenschleimhaut ist in ganzer Ausdehnung mit dicken, ozaenösen Borken bedeckt, welche einen süsslich faden Geruch besitzen. Die darunter liegende Schleimhaut ist stark geröthet, sonst normal. Kehlkopf und obere Luftwege frei. Es handelt sich um einen der Ozaena analogen Process; die Localisation derselben auf der Trachea ist äusserst selten. Die Affection ist nicht identisch mit der viel häufigeren Tracheitis sicca.

SCHECH.

123) **Frankenberger** (Prag). **Ueber künstlich erzeugte Trachealstenosen.** *Allg. Wien. med. Zeitung. 1894. No. 49 u. 51. 1895. No. 1, 2, 3, 4. 6 u. 8.*

Fr. berichtet zunächst ausführlich über zahlreiche Versuche an Hunden nach der Methode Köhlers, welcher an Kaninchen gearbeitet hatte. Sehr wichtig ist, zu bemerken, dass der Bleiring in verschiedener Weise die Trachea zusammendrückt und dass die nicht narcotisirten Thiere viele Symptome zeigen, die auf Abwehr beruhen. Fr. studirte folgende Fragen:

1. Bei welcher Verengerung stellt sich Retardation der Athemzüge und angestrengtes Ein- und Ausathmen ein?

2. Wann stellt sich Steigerung des Blutdruckes ein?

3. Wie verträgt der Hund die Verengerung?

4. Findet man auch beim Hunde nach langdauernder hochgradiger Stenosis dieselben Veränderungen wie beim Kaninchen? (nämlich Dilatation des Herzens, Hyperämie der Lungen und Emphysem.)

Als Resultat fand er, dass die Hunde viel besser Stenosen vertragen als Kaninchen, dass sie auch mit plötzlich entstandenen hochgradigen Stenosen lange Zeit leben, ohne an Sauerstoffmangel zu leiden. Bei der Sektion zeigten diese Hunde keine pathologische Veränderungen des Herzens. Fr. erklärt dies aus dem Umstande, dass die Hunde an ausgiebiger Bewegung gehindert waren; wurden sie zu solcher gezwungen, so waren sie sehr dyspnoeisch. Alle diese Umstände erklären sich aus der grösseren Respirationskraft der Hunde; doch wird auch bei ihnen die Athmung verlangsamt und vertieft. Der Blutdruck steigt erst bei einer Stenosirung von 0,86—1,5 pCt. an. Die Details dieser fleissigen Arbeit, welche eigentlich nur die grössere Zähigkeit der Hunde beweisen, sind im Originale nachzulesen.

CHIARI.

124) **Sequeira** (London). **Fibrinöse Bronchitis. (Bronchial cast.)** *British Med. Journ. Jan. 12. 1895.*

Demonstration eines Bronchialabgusses, der durch Husten während eines Anfalls von Bronchopneumonie von einem 19jährigen Burschen entleert war, am 12. December vor der Hunterian Society. Diphtheritis ganz ausgeschlossen. Nichts Besonderes.

SEMON.

125) **Koch** (Luxemburg). **Ueber Bronchitis fibrinosa chronica.** *Wiener medic. Wochenschr. 1895. No. 11.*

K. berichtet über 2 Fälle, die er bei zwei gesunden, verheiratheten Frauen beobachtete. Beide Male war das Leiden einseitig und bot die bekannten Symptome. Jodkali nutzte nichts. K. fand an den kleinsten Gerinnseln Leyden-Charcot'sche Octaëder-Krystalle.

CHIARI.

126) **Hector Mackenzie. Ruptur des rechten Bronchus. (Rupture of the right bronchus.)** *British Med. Journal. Dec. 7. 1895.*

Demonstration eines Präparats am 3. December 1895 vor der Pathological Society of London. Dasselbe stammt von einem Knaben, der von einem Lastwagen überfahren worden war. Es war kein Rippenbruch vorhanden, und der Vortragende konnte das Zustandekommen der Bronchialverletzung nicht erklären.

Die Ruptur war einen Zoll lang und longitudinal in ihrem Verlauf. Emphysem und Pneumothorax folgten. SEMON.

f. Schilddrüse.

127) **Catner. Beitrag zum Studium der Function des Gland. thyroid. (Contribution à l'étude des functions de la glande thyreide.)** *Annal. Soc. Méd. Liège. 1. 1895.*

Der Autor legt der inneren Absonderung der Schilddrüse eine grosse Bedeutung bei: ihre Abwesenheit bringe die bekannten Störungen hervor, schliesslich Myxödem, während die Hypertrophie der Schilddrüse nervöse Störungen erzeuge (trophische und vasomotorische des Morb. Basedowii). Diesbezüglich hat er Experimente angestellt, welche bewiesen, dass der Schilddrüsensaft eine sehr starke Wirkung auf die Desassimilation des Binde- und Nervengewebes hervorbringe. Wenn man Thiere mit mittleren und starken Dosen von Thyroidin behandle, so sei die Desassimilation sehr accentuirt und äussere sich durch eine bedeutend vermehrte Verminderung der Chlorate und noch mehr der Phosphate im Urin. BAYER.

128) **Verstraeten u. Verlinden. Studie über die Functionen der Schilddrüse. (Étude sur les fonctions du Corps thyroïde.)** *Bullet. Soc. Méd. Gand. Mai. 1895.*

Die Schilddrüse beeinflusst direct die Functionen der Verdauung und wirkt ausserdem stimulirend auf die Nieren und die Haut. BAYER.

129) **Morin** (Colombier). **Physiologie der Schilddrüse und deren therapeutische Verwendung. (Physiologie et medication thyreoidiennes.)** Vortrag, gehalten in dem Congress der Schweizer Aerzte in Lausanne im Mai 1895. — *Revue de la Suisse romande. H. 5. 1895.*

Im ersten Theil des Vortrags werden die interessanten Resultate der Kocher-schen Arbeit (Corresp. f. Schweizer Aerzte. No. 1. 1895), welche auch für vorliegendes Blatt referirt worden ist, recapitulirt und vom Vortragenden die widersprechenden günstigen sowie schädlichen Wirkungen der Ingestionen der Schafsschilddrüse auf Basedow mit dem von Notkin (Semaine méd. 3. IV. 1895) isolirten, in den Schilddrüsenalveolen aufgefundenen Thyreoproteid zu erklären versucht. Der letztgenannte giftige Eiweisskörper würde demnach in der Schilddrüse aus dem Körper zusammen gesammelt und daselbst durch den Schilddrüsensaft neutralisirt. In dem Thyreoproteid vermuthet Notkin nämlich die Substanz, welche nach Wegfall der Function der Schilddrüse die Kachexie hervorruft. Bei dem Basedow aber kämen nun die günstigen Wirkungen der Schilddrüseningestion gerade von diesem Thyreoprotein her, und je nachdem die genossene Schilddrüsensubstanz mehr von diesem oder mehr Schilddrüsensecret enthielt, werde die Wirkung auf die Basedow'sche Krankheit eine nützliche oder schädliche sein. Auf diese Weise würden sich (Ref.) vielleicht auch die mitunter verzeichneten schädlichen spastischen Wirkungen der Schilddrüsenmedicamente bei gewöhnlichen Kropfkranken erklären.

Zum zweiten Theil macht Verf. auf die gewiss von den meisten Aerzten schon beobachteten Thatsachen aufmerksam, dass tuberkulöse Leute selten Hypertrophie, sondern meistens Atrophie der Schilddrüse haben. In Betracht möglicher causaler Beziehungen hat er angefangen, Tuberkulösen auch die Schilddrüsenmedication angedeihen zu lassen, will aber noch keine Resultate veröffentlichen, obschon er mit denselben nicht unzufrieden sei. Diese Idee wäre allerdings sehr hoffnungserregend, ist aber vielleicht insofern nicht unbedenklich, als in einer gleichzeitig erscheinenden, hier noch zu referirenden Arbeit von Lang (Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte H. 10) darauf aufmerksam gemacht, d. h. experimental nachgewiesen wurde, dass Injectionen von Schilddrüsensubstanz bei Kaninchen auch die normale Schilddrüse raschestens zur gänzlichen Atrophie brachte und die Thiere rapid an der Kachexia strumipriva zu Grunde gingen. Die Schilddrüsenmedication dürfte daher auch für Menschen, die nur normal viel oder gar zu wenig Schilddrüse zu eigen haben, gefährlich sein und sollte ohne directe Noth nicht angewendet werden, indem sie noch ihren letzten Rest verlieren könnten und deshalb zeitlebens zum Schilddrüsengenuss verdammt sein würden! Ferner könnte bei Tuberkulösen, die oft an schwachem Herzen leiden, dieses in Gefahr kommen.

JONQUÈRE.

130) **P. Masoin. Einfluss der Schilddrüsenexstirpation auf den relativen Oxyhämoglobingehalt des Blutes. (Influence de la glande thyroide sur la quantité relative d'oxyhémoglobine contenue dans le sang.)** *Bullet. de l'Acad. Roy. de Méd. de Belgique. No. 1. 1895.*

M. machte seine Experimente an 5 thyreoidectomirten Hunden. Der Vergleich des Blutes vor und nach der Operation ergiebt eine Verminderung des Oxyhämoglobins besonders am 3. oder 4. Tage nach der Exstirpation. Diese Verminderung darf nicht der der Zahl der rothen Blutkörperchen noch der Inanition zugeschrieben werden und ist lediglich nur der Thyreoidectomie zuzuschreiben, wie denn auch die Einverleibung von Schilddrüsenlappen die Quantität des Oxyhämoglobins vermehrt. M. schliesst daraus, dass es die Anhäufung toxischer Producte sei, welche die Schilddrüse zu zerstören die Function hat, die die Affinität des Hämoglobins zum Sauerstoff herabsetzen.

BAYER.

131) **H. Morris. Ueber die Aetiologie des Kropfes. (Notes on the Etiology of Goitre.)** *Brit. Med. Journ. 6. Juli 1895.*

Unter den 2000 Einwohnern von Hambleden hat Verfasser 50 Fälle von Kropf gesehen. Er glaubt, dass die Calcium- und Magnesiumsalze im Trinkwasser die Ursache sind.

ADOLPH BRONNER.

132) **G. Dock. Der Kropf in Michigan. (Goitre in Michigan.)** *Philad. Med. News. 20. Juli 1895.*

Kropf kommt in allen Theilen Michigans vor, besonders aber in den nördlichen Partieen. Ein grosser Theil der Fälle betrifft geborene Amerikaner und gewöhnlich auch Eingeborene des Staates; aber auch Eingewanderte aller Nationalitäten sind nicht selten befallen.

In Michigan, wie auch anderwärts, entwickelt der Kropf sich am häufigsten

in den Pubertätsjahren, jedoch ist kein Alter ganz frei. Congenitale Fälle sind nicht bekannt; von den Geschlechtern ist das weibliche bevorzugt.

In den meisten Fällen ist der Tumor relativ klein. Von Myxoedem wurde kein Fall beobachtet. Die Entfernung eines Patienten mit einem im Wachsthum begriffenen und durch die Therapie nicht beeinflussten Kropf in einen von dieser Krankheit freieren Theil des Landes führte zum vollständigen Verschwinden des Tumors. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

133) **Anthony Bowlby** (London). **Intrathoracischer Cystenkropf. (Intrathoracic cystic goitre.)** *British Med. Journal. May 4. 1895.*

In diesem am 26. April 1895 vor der Clinical Society of London berichteten Falle handelte es sich um einen „goître plongeant", der sich durch starke Dyspnoe bemerklich machte, bei einer 34jährigen Frau. Unter gewöhnlichen Umständen war kaum etwas Abnormes am Halse zu sehen: bei Hustenstössen aber wurde plötzlich ein grosser Tumor vom Thorax in den Hals emporgeschleudert, der ebenso schnell wieder verschwand. Ueber dem Sternum war beträchtliche Dämpfung vorhanden. Bei der Operation musste die Luftröhre eröffnet werden, da die Respiration sistirte; sodann wurde die Cyste geöffnet, welche eine beträchtliche Quantität klarer Flüssigkeit enthielt. Die Genesung war ununterbrochen, und die Cyste hatte sich zur Zeit der Demonstration (drei Wochen nach der Operation) nicht wieder angefüllt.

Die Discussion förderte nichts Besonderes zu Tage. SEMON.

134) **A. Cooke. Einige Tumoren der Schilddrüse. (On some Tumours of the Thyroid Gland.)** *British Med. Journal. 8. Juni 1895.*

3 Fälle von Cysten und fibröser Hypertrophie; dieselben wurden unter Chloroformnarkose operirt. Abbildung. ADOLPH BRONNER.

135) **J. Lockhart Gibson** (Brisbane Queensland). **Excision des vergrösserten rechten Lappens und des Isthmus der Schilddrüse. (Excision of enlarged right lobe and isthmus of thyroid gland.)** *Intercolonial Quarterly Journal of Med. and Surgery. Mai 1895.*

Der Fall betrifft eine Frau von 35 Jahren. Der Tumor war gross und weich, wie bei Basedow'scher Krankheit; er erwies sich nach der Herausnahme als aus einfach hypertrophischem Gewebe bestehend mit einigen wenigen cystisch erweiterten Bläschen. Vor der Operation waren einige Basedow'sche Symptome zu constatiren, Pulsbeschleunigung (120 in der Minute), Herzunruhe und Athemenge, die bisweilen zu Erstickungsanfällen sich steigerte. Gibson ist mit Greenfield der Meinung, dass die meisten Symptome des Morbus Basedowii durch eine excessive Secretion des Schilddrüsensaftes bedingt sind. Einen Monat nach der Operation hatte die Patientin an Gewicht zugenommen, der Puls war auf 80 in der Minute gesunken und Pat. konnte ohne Beschwerden auf Berge steigen. Das rechte Stimmband war gelähmt; G. lässt offen, ob dies Folge des Druckes vor der Operation oder einer Verletzung bei der Operation war. Bei der Schilderung der Operation erwähnt er, dass die Art. und Vena thyreoidea superior und die Art. und Vena thyreoid. infer. in mehreren Bündeln unterbunden wurden. Ob da-

bei eine Beschädigung des Nerven nicht leichter vor sich gehen kann, als wenn die Gefässe sorgfältig von dem umgebenden Gewebe isolirt werden? (Ref.)

A. J. BRADY.

136) **Blanc. Bericht über einen Fall von Exothyropexie bei einem soliden Kropf mit Suffocationserscheinungen. (Note sur un cas d'exothyropexia pour un goitre charnu suffocant.)** *Loire médicale. 15. Juli 1895.*

Die Ueberschrift erklärt den Fall.

A. CARTAZ.

137) **Buschan** (Stettin.) **Ueber Diagnose und Theorie des Morbus Basedowii.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 21.*

Buschan bezieht sich auf seine 1894 erschienene Monographie über die Basedow'sche Krankheit (Wien, Fr. Deuticke) und polemisirt gegen Lemke. Seiner Auffassung nach handelt es sich beim echten Morb. Based. um eine genuine Erkrankung der höheren nervösen Centren und zwar um eine solche functioneller Natur. Neben dieser genuinen Form giebt es einen symptomatischen, secundären Morb. Based., der von vielen Theilen des Körpers aus inducirt sein kann, unter anderen auch von einer Erkrankung der Schilddrüse. In diesen Fällen kann man den sogenannten Morb. Based., der aber eigentlich keiner ist, durch die Operation der Schilddrüse heilen. Uebrigens halten nicht alle Heilungen einer eingehenden Kritik Stand. Auch beim genuinen Morb. Based. können Umstände eintreten, welche eine Operation rechtfertigen, wenn nämlich durch die Struma die Luftröhre comprimirt und so das Leben bedroht wird. Im Uebrigen wird den inneren Kliniken die Behandlung überlassen bleiben müssen.

Die Theorie von Lemke, dass der Morb. Based. im Grunde eine Affection der Muskeln sei, schwebe ganz in der Luft.

LANDGRAF.

138) **Lemke** (Hamburg). **Antwort auf den Artikel des Herrn Dr. Buschan in No. 21.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 28.*

L. weist auf die Verhandlungen des letzten Chirurgencongresses hin, welche die chirurgische Behandlung des Morb. Based. und die Intoxicationstheorie anerkannt hätten und behält sich vor, sein Beobachtungsmaterial, das für die Richtigkeit seines Krankheitsbildes und der Muskelgifttheorie spräche, anderweit bekannt zu geben.

LANDGRAF.

139) **Walter Edmunds. Die Pathologie der Basedow'schen Krankheit. (The pathology of Graves' disease.)** *British Med. Journal. Mai 25. 1895.*

In der Sitzung der Pathological Society of London vom 21. Mai 1895 demonstrirte E. Präparate von Schilddrüsen, die in Folge Basedow'scher Krankheit pathologisch verändert waren, und drückte seine Ueberzeugung darin aus, dass dem Process eine Neurose zu Grunde liege.

SEMON.

140) **Fürst** (Berlin). **Bemerkungen zum Morb. Basedowii.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1895. No. 21.*

Fürst bestreitet, dass es richtig sei, mit Lemke den Exophthalmus bei Morb. Based. von einer Erschlaffung der exterioren Augenmuskeln abzuleiten und führt eine Beobachtung an, wo bei totaler Ophthalmoplegia externa beiderseits

keine Abweichung des Bulbus weder im Sinne eines Enophthalmus noch eines Exophthalmus hervorgetreten sei. Das Gräfe'sche Symptom wurde ferner nicht auf Parese, sondern auf tonischen Krampf des Müller'schen glatten Muskels zurückgeführt und die Frequenz der Herzaction sei durchaus nicht immer unzählbar.

LANDGRAF.

141) **S. West. Zwei Fälle von Morbus Basedowii bei Schwestern mit Morbus cordis und früherem Gelenkrheumatismus. (Two cases of Exophthalmic Goitre in Sisters with Morbus cordis and a History of rheumatic Fever in both. Remarks.)** *Lancet. 18. Mai 1895.*

Gelenkrheumatismus und Morb. Basedowii finden sich häufig bei denselben Patienten. In fast allen Fällen von Morbus Basedowii mit Herzfehler ist Gelenkrheumatismus voraufgegangen und dieser, nicht der Morbus Basedowii ist die Ursache des Herzfehlers.

ADOLPH BRONNER.

142) **P. Fridenberg. Ein Fall von Basedow'scher Krankheit mit monoculären Symptomen und einseitiger Schilddrüsenhypertrophie. (A case of exophthalmic goitre with monocular symptoms and unilateral thyreid hypertrophy.)** *N. Y. Med. Record. 13. Juli 1895.*

Patientin war eine 24jährige Frau; ein derartiger Fall von Einseitigkeit der Basedow'schen Symptome ist bisher in Amerika nicht publicirt und nach des Autors Wissen erst einmal beobachtet worden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

143) **Robt. Newman. Die Elektricität bei der Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Electricity in the treatment of exophthalmic goitre.)** *Phil. Med. News. 11. Mai 1895.*

Verf. applicirt den negativen Pol des galvanischen Stroms auf die Schilddrüse, die Augäpfel, den Vagus und Sympathicus. Ueber Stärke und Art der Application lassen sich bestimmte Regeln nicht geben, jeder Fall hat seine besonderen Anforderungen, jedoch sind zu starke Ströme und zu lange Einwirkung zu zu vermeiden.

LEFFERTS.

144) **R. H. Cunningham. Die Anwendung von Thymus bei Basedow'scher Krankheit. (The administration of thymus in exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 15. Juni 1895.*

Bei der Krankheitsgruppe, zu der die Basedow'sche Krankheit, Acromegalie, Myxoedem etc. gehören, spielen die eine oder andere der Drüsen ohne Ausführungsgang eine Rolle. Ob aber die Störung dieser Drüsen, z. B. der Thymus eine primäre ist oder accidentell, blosse Begleiterscheinung oder aber eine secundäre nach primärer Erkrankung des Nervensystems (Marie) oder infolge eines toxischen Zustandes des Blutes durch Veränderungen in der Function der Schilddrüse (Moebius), das sind Fragen, die erst weitere experimentelle Forschungen klären können.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

145) **Mikulicz. Chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 17. — Berl. klin. Wochenschr. 1895. No. 19.*

M. spricht sich für die Enucleation des Kropfes oder für die Unterbindung

der Arterien aus, da die Resection gerade bei Basedow schwer sei. Der Einfluss der Verkleinerung des Kropfes tritt verschieden schnell ein; zuerst bilden sich die nervösen Erscheinungen zurück, dann die Circulationsstörungen; am längsten bestehen bleiben die Augenerscheinungen.

Kocher, der seit 12 Jahren 900 Strumen operativ behandelt hat, hat drei Kranke wegen Basedow'scher Krankheit operirt. Er unterbindet immer nur drei Arterien, da bei Unterbindung aller 4 acute Cachexie eintritt. Er spricht die Hoffnung aus, dass man die Zahl der Operationen werde einschränken können in Folge der Behandlung mit Schilddrüsenfütterung. Auch durch Natriumphosphat kann man die Schilddrüse verkleinern und Basedow'sche Krankheit günstig beeinflussen.

LANDGRAF.

g. Oesophagus.

146) **M. Denekamp** (Rotterdam). **Ein Fremdkörper im Oesophagus bei einem Kinde von 15 Monaten. (Een vreemd lichnam in den oesophagus bij een kind van 15 maanden oud.)** *„Voordrachten" der Ned. Vereen. voor Paediatrie. IV. H. 1. 1895.*

Der über der Cardia verweilende Fremdkörper wurde mittelst einer Speiseröhrensonde in den Magen hineingedrückt, und 6 Wochen später per anum entleert.

Der Fremdkörper war ein plattes Metallstück von mehr wie 2ccm in der Länge und Breite.

H. BURGER.

147) **Fogh** (Dänemark). **Ein Gebiss im Oesophagus. (Tandsät i Oesophagus.)** *Ugesk. for Läger. 14. Juni 1895.*

Einem Eisenbahnfunctionär wurde das Gebiss bei einem Unfall in den Oesophagus gestossen, wo es stecken blieb. Versuche, es heraufzuholen, misslangen, es glitt in den Magen herunter und wurde ca. 40 Stunden später per anum entleert.

SCHMIEGELOW.

148) **Archander** (Dänemark). **2 Fälle von Gebiss im Oesophagus. (2 Tilfälde af Tandsät i Oesophagus.** *Ugeskr. for Läger. 24. Mai 1895.*

1. 20jähriger Mann hat sein 4cm breites und 3cm langes, mit 4 Vorderzähnen und 2 Backenzähnen versehenes Gebiss im Schlaf verschlungen. Heftiger Erstickungsanfall. Der Fremdkörper wurde mittelst Sonde an der Cardia gefunden und hinunter gestossen. 30 Stunden nachher wurde das Gebiss per anum ausgestossen.

2. 29jähriges Mädchen verschluckte ihr Gebiss (4 Vorderzähne, Breite $4^1/_3$ cm, Länge $2^2/_3$ cm) im Schlafe. Der Fremdkörper wurde gerade unter dem Larynx gefühlt, konnte aber nicht nach oben gezogen werden. Er glitt hinunter und wurde mittels des Detrusors in den Magen befördert. 36 Stunden nachher wurde die Prothese per anum ausgestossen.

SCHMIEGELOW.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **A. Onodi** (Budapest). **Die Innervation des Kehlkopfes nach eigenen anatomischen, physiologischen und pathologischen Untersuchungen.** Alfred Hölder. Wien 1895.

Die vorliegende Monographie enthält auf kleinem Raum eine derartige Fülle theils eigener, theils anderweitiger Beobachtungen, dass fast das ganze grosse Gebiet der Kehlkopf-Innervation in den Bereich derselben einbezogen ist. Es ist deshalb zweckmässig, um den Werth des Werkchens zu demonstriren, in möglichster Kürze eine Uebersicht über seinen Inhalt zu geben. Verfasser theilt den ganzen Stoff in einen anatomischen und einen physiologischen Abschnitt und giebt zum Schluss einige einschlägige pathologische Erfahrungen. Im anatomischen Theil zeigt Verf. in kurzer übersichtlicher Darstellung, wie die Erkenntniss sich allmälig von der doppelten motor. Innervation der Kehlkopf-Muskeln durch Laryng. superior und inferior zu der einfachen Innervation durchgerungen hat. Er führt die Anschauungen der einzelnen Autoren vor bis auf Luschka, welcher zuerst sich dahin entschieden hat, dass die Zweige des inneren Astes des Lar. super. ausschliesslich zur Schleimhaut gehen und dass, abgesehen vom Crico-thyreoideus, alle Kehlkopfmuskeln vom Recurrens versorgt werden. In neuerer Zeit ist es allein Exner, welcher auf Grund seiner an Hunden und Kaninchen angestellten Degenerations-Versuche an der doppelten, ja theilweise dreifachen motor. Innervation einzelner Kehlkopfmuskeln festhält. Dem gegenüber betont Verf. auf Grund eigener Untersuchungen die alleinige Richtigkeit des Luschka'schen Standpunktes und stellt ganz besonders durch isolirte Reizung der zu den einzelnen Muskeln gehenden Nervenzweige die Functionen der Nerven in dem jetzt allgemein acceptirten Sinne fest.

Betreffs der sensiblen Innervation hat Verf. durch anatomische Praeparation und Anwendung von Ueberosmiumsäure ausser der unter dem Namen der Ansa Galeni bekannten Verbindung zwischen dem Ramus internus des Lar. super. und dem Recurrens noch in der Tiefe des M. transversus eine bisher unbekannte derartige Verbindung angetroffen. Hier fand er auch unmittelbar an der Schleimhaut zur Medianlinie convergirende und sich kreuzende Zweige des Lar. super., welche mit dem Recurrens in Verbindung stehen. Es wäre sehr zu wünschen, dass Verf. die Methode, durch welche er diese nicht unwichtige Thatsache zu Tage gefördert, etwas ausführlicher beschrieben hätte. — Den Laryngeus medius Exner's, jenen beim Kaninchen von seinem Ursprung aus dem Ramus pharyngeus vagi bis zu seinem Eintritt in den Cricothyreoideus leicht zu verfolgenden Nerven, giebt Verf. auch für den Hund als vorhanden an, leugnet aber etwas Analoges beim Menschen. — Bei der Schilderung der Varietäten in Verlauf und Ausbreitung der Kehlkopfnerven thut Verf. des N. depressor Erwähnung, den Cyon und Ludwig beim Kaninchen entdeckt haben und dessen Reizung Sinken des Blutdrucks zur Folge hat. Verf. will beim Menschen einen analogen Zweig aufgefunden haben, welcher vom äusseren Ast des Laryng. super. oder von diesem und dem Ganglion cervicale supremum des Sympathicus entspringt. Es dürfte dieser Zweig unseres Erachtens wohl jener Ramus anastomoticus sein, welchen Alpiger in 55 pCt. der

von ihm untersuchten Fälle fand, und in welchem er depressorische Fasern für das Herz vermuthet. Die Kenntniss dieses Zweiges ist von Bedeutung für die Erklärung mancher plötzlich nach Exstirpation des Larynx auftretenden Todesfälle. Diese Fälle treten auf unter Erscheinungen der Herzlähmung nach vorangegangener starker Zunahme der Herzthätigkeit und würden ihre Erklärung in der Annahme finden, dass bei der Operation jener anastomotische Zweig durchschnitten wäre.

Im physiologischen Abschnitt begegnet uns eine Reihe wichtiger Fragen, welche zum Theil gelöst sind, zum Theil noch ihrer Lösung harren. Es wird das Versorgungsgebiet des N. laryng. super. und infer. experimentell festgestellt mit dem Ergebniss der Richtigkeit der heute allgemein giltigen Annahme. Die Existenz des N. laryng. medius wird experimentell nachgewiesen. Vermittelst isolirter Reizung der einzelnen Recurrens-Zweige, analog dem Vorgange Russell's [Verf. nimmt mit Recht für sich die Priorität in der Ausübung dieser Methode in Anspruch *)], hat Verf. festgestellt, dass die zum Posticus gehenden Zweige auf dieselben Reize meist schwächer reagiren, als die zu den Adductoren gehenden, und dass die Reizbarkeit resp. Leitungsfähigkeit der ersteren stets früher erlischt als die der letzteren. Die von Russell constatirte sehr interessante Thatsache, dass bei jungen Thieren die Abductorfasern nicht früher erlahmen als die anderen, wurde vom Verf. nicht geprüft.

Reizung des ganzen Recurrensstammes, ebenso des Vagus, hat bei den verschiedenen Autoren zu verschiedenen und höchst ungleichen Resultaten geführt. Ebenso erging es dem Verf. Es erzeugte sogar in einem Falle dieselbe Stromstärke, welche auf der linken Seite bei Reizung des Recurrens starke Verengerung der Stimmritze hervorrief, auf der rechten Seite starke Oeffnung derselben. Es lässt sich also irgend eine gesetzmässige Erscheinung bei electrischer Reizung der Nervenstämme zur Zeit noch nicht erkennen. Allerdings hat Verfasser Versuche mit verschieden schnellen Stromunterbrechungen nicht angestellt. Und gerade hierin scheint des Räthsels Lösung zu liegen. Denn Hooper und nach ihm Livon haben übereinstimmend festgestellt, dass es nur von der grösseren oder geringeren Zahl der Unterbrechungen, nicht von der Stromstärke abhängt, ob bei Reizung der Recurrentes Schliessung oder Oeffnung der Glottis eintritt.

Bezüglich der von den Autoren verschieden beantworteten Frage des Einflusses von Aether und Chloroform auf die Reizbarkeit der Kehlkopfmuskeln lehren des Verf.'s Experimente, dass mit verschieden starken Strömen immer Contraction der Verengerer und Schluss der Stimmritze erzielt wurde. Bei Anwendung von Aether auch nach dem Tode des Thieres erfolgte bei Reizung des Recurrens Schluss der Stimmritze; nach dem Chloroformtod in einem Falle Erweiterung, sonst immer Schluss. Am längsten behielt hierbei der M. internus seine Erregbarkeit. — Eine Reihe von Versuchen beschäftigt sich mit der Prüfung der electrischen Erregbarkeit der Muskeln nach dem Tode und bestätigt die Resultate von Semon und Horsley, dass zuerst der Posticus abstirbt. Die von Jelenffy gegebene Erklärung, dass dies auf Abkühlung beruhe, wird durch Erwärmung des Muskels während der Reizung entkräftet. Entgegen der Behauptung

*) Die Methoden Onodi's und Russell's sind verschieden; die Russell'sche ist sicher beweiskräftiger. Mehr in Bälde an anderer Stelle. F. S.

Krause's erweist sich der Cricothyreoideus als derjenige Muskel, der als letzter von allen seine Reizbarkeit einbüsst. Auch die Hypothese Jelenffy's, dass der innere Abschnitt des Posticus den Processus vocalis nach innen dreht, wird durch eine kleine Versuchsreihe exact widerlegt. Es wird mit Bestimmtheit das antagonistische Verhältniss zwischen Posticus und Lateralis bestätigt. — Recht wichtig und, wenn weiter ausgebaut, viel verheissend erscheinen die Experimente. welche einen Zusammenhang zwischen Sympathicus und Kehlkopf erkennen lassen. Reizung des doppelten Grenzstranges zwischen unterem Hals- und oberstem Brust-Ganglion des Sympathicus sowie der Verbindungszweige zwischen sympathischem Grenzstrang und dem Plexus brachialis zeigten nach Onodi Contraction der Stimmbandmuskeln und Adduction der Stimmbänder. Wir wollen hoffen und wünschen, dass hierbei keine Stromschleifen auf den Vagus Platz gegriffen haben und dass der Experimentator die Nerven, ehe er sie gereizt, sorgfältig aus dem Bindegewebe herauspräparirt und isolirt habe. Der Fund ist von Wichtigkeit und verdient von vielen Seiten nachgeprüft zu werden. — Auch die Accessoriusfrage hat Verf. zum Gegenstand einer experimentellen Prüfung gemacht und die anderweitig constatirte Thatsache von der ausschliesslichen Innervation der Kehlkopfmuskeln durch den Vagus vollinhaltlich bestätigt.

Nunmehr beschreitet Verf. das schwierige Gebiet der centralen Innervation. Er erwähnt das Krause'sche Rinden-Centrum für die Adduction, die Experimente von Semon und Horsley, welche jenes bestätigten, die bilateral symmetrische Anordnung constatirten und die weiteren Bahnen desselben bezeichneten. Er erwähnt ferner Semon's Centrum für den reflectorischen Erweiterer Tonus, sowie die Abgrenzung der respiratorischen und phonatorischen Funktionen. Ferner werden Masini's Beobachtung von der gekreuzten Wirkung der Reizung des Rinden-Centrums, Semon's Widerlegung derselben, Masini's neuere Anschauung von einem doppelten Centrum in der Hirnrinde, sowie endlich Goltz's Entfernung beider Hemisphaeren am Hunde mit danach bestehender intacter Lautbildung einer kurzen Besprechung unterzogen und dann werden die eigenen diesbezüglichen Experimente des Verf.'s mitgetheilt. Dieselben bestätigen insofern die Resultate von Semon und Horsley, als auch sie bei Reizung des Rinden-Centrums, auch nach einseitiger Exstirpation, bilaterale Adduction der Stimmbänder ergaben. Allein auch die beiderseitige Exstirpation des Centrums liess die Adduction der Stimmbänder fortbestehen, ebenso beiderseitige Durchschneidung der Corona radiata. Dies Ergebniss liess den Verf. weiter unten ein zweites Centrum vermuthen, und seine Experimente haben ihn gelehrt, dass dieses Centrum dicht am hinteren Vierhügelpaare beginne und sich von da distalwärts 8 Millimeter über den oberen Abschnitt des Bodens des 4. Ventrikels erstrecke. — Die durch die Experimente am Rinden-Centrum gefundenen Thatsachen würden, falls sie richtig sind, eine Vervollständigung der Resultate von Semon und Horsley bedeuten. A priori würde das Vorhandensein eines zweiten Centrums mit den Behauptungen dieser Autoren nicht gerade im Widerspruch stehen, wiewohl allerdings ein Centrum, dessen Exstirpation für die daraus resultirenden Funktionen gleichgiltig ist, zu einem sehr untergeordneten herabgedrückt würde. Es muss zugegeben werden, dass Semon und Horsley für den stricten Nachweis des Centrums gerade denjenigen Theil des Versuches

unterlassen haben, den Onodi vollführt hat. Sie haben die Exstirpation nicht beiderseitig ausgeführt. Allein in directem Gegensatz zu Onodi's Resultaten würden diejenigen von H. Krause sich befinden. Dieser Autor hat an 8 Hunden vollkommen gelungene doppelseitige Exstirpationen ausgeführt und die Ergebnisse waren entgegengesetzte. Einzelne der Hunde bellten überhaupt nicht mehr (während 5monatlicher Beobachtung), andere brachten es trotz angestrengten Bemühens höchstens hin und wieder zu einem leisen Winseln. Hinwiederum haben neuerdings Klemperer's Experimente, welche in doppelseitiger Exstirpation des Rinden-Centrums an einem Hunde und in beiderseitiger Zerstörung desselben durch pathogene Culturen bei zwei Thieren bestanden, die Frage im Sinne Onodi's beantwortet. Die Angelegenheit ist demnach zur Zeit unerledigt und bedarf einer erneuten Prüfung. — Das zweite vom Verf. aufgefundene Centrum stellt Klemperer auf Grund eigener Untersuchung entschieden in Abrede. Er durchschnitt bei einem Hunde nach Freilegung des Gesichtsfeldes die Gegend des 4. Ventrikels 1 Millimeter hinter dem hinteren Vierhügelpaare und es erfolgte bei jeder Exspiration Schluss der Glottis mit einem laut hörbaren, heiseren bellenden Ton, sowie auf zufällige Berührung der Med. oblong. ein deutlich wimmernder Schrei des Thieres. Diese positive Beobachtung, wenn auch nur in einem Falle, wiegt schwer gegen die Onodi'sche Behauptung. Es ist unseres Erachtens sehr wahrscheinlich, dass das Resultat Onodi's hervorgerufen ist durch Verletzung des motor. Vaguskerns, des sogen. Nucleus ambiguus. Wenn man erwägt, dass Onodi sein Centrum sich bis über 8 Millimeter nach abwärts vom hinteren Vierhügelpaare ausdehnen lässt, so verlegt er das unterste Ende desselben in eine Region, in der sicherlich die letzten Ausläufer des motor. Vaguskerns noch angetroffen werden, während in der von Klemperer durchschnittenen Region (1 Millimeter hinter dem Corp. quadrigem.) jener Kern ganz bestimmt vermieden ist. Hieraus würde sich ganz ungezwungen die Differenz in den beiderseitigen Befunden ergeben. —

In dem Schluss-Kapitel behandelt Verf. das Phaenomen der Medianstellung der Stimmbänder und befasst sich besonders eingehend mit der Widerlegung der Annahme Wagner's, dass jene Stellung die Wirkung des Cricothyreoideus sei. Die zu diesem Zweck über die Wirkungsweise dieses Muskels angestellten Experimente ergaben, was für Jeden, der sie nachprüft, leicht zu sehen ist, dass bei Reizung des Laryngeus superior oder des Muskels selbst der Ringknorpel zum Schildknorpel emporgezogen wird, das Stimmband sich spannt und sich der Mittellinie nähert. Diese Annäherung ist, wie Verf. ganz richtig erklärt, nicht durch eine active Adductionsbewegung erzeugt, sondern ist nur die Folge der Spannung des bis dahin schlaffen Stimmbandes; das letztere wird dadurch, dass es gespannt wird, passiv nach innen gezogen. Verf. hat ferner, nach Durchschneidung beider Recurrentes Medianstellung beobachtet, welche wegfiel nach Abtrennung des äusseren Astes des N. lar. super., auch bei geöffneter Trachea war das Phaenomen nicht sichtbar, konnte aber bei geschlossener Trachea auch reflectorisch durch Insulte der Haut hervorgerufen werden. Wenn demnach die durch die Wirkung des Cricothyreoideus erzeugte Medianstellung der bei Lähmung der Postici beobachteten nicht unähnlich ist, so ist sie ihrem Wesen nach doch eine völlig andere. Denn, wie Verf. mit Recht hervorhebt, ist bei der Posticuslähmung trotz der Median-

stellung prompte phonatorische Adduction der Stimmbänder ausführbar und dann erscheinen bei ihr die in Medianstellung befindlichen Stimmbänder nicht selten mit concav ausgeschweiftem Rande, was bei der Annahme einer permanenten Contraction des M. crico-thyreoideus unmöglich wäre. —

Die Widerlegung der viel discutirten Krause'schen primaeren Contractur-Hypothese mit den bekannten und einigen anderen Gründen, sowie ein patholog. Fall, welcher die biologische Verschiedenheit der Kehlkopfmuskeln demonstrirt, bilden den Schluss der Onodi'schen Arbeit. Dieser Fall betraf einen Patienten mit ausgedehntem Aorten-Aneurysma und dadurch bedingter linksseit. Recurrens- und rechtss. Posticuslähmung. Durch seine Methode der Isolirung der Recurrensbündel konnte Verf. durch Nachweis von degenerativen Veränderungen an letzteren, sowie auch an den Muskeln die Annahme der grösseren Vulnerabilität des Posticus und der geringeren der Adductoren verificiren. —

Aus dieser Zusammenfassung des gesammten Inhalts geht hervor, dass Verf., ausgenommen etwa die an sich sehr interessante Frage von der Innervation der Antagonisten, sämmtliche im Bereiche des Innervationsgebietes des Kehlkopfs liegenden Fragen in Erwägung gezogen und einen grossen Theil derselben einer eigenen Prüfung unterzogen hat. Sind auch gar manche derselben zur Zeit noch lange nicht abgeschlossen und bedürfen nicht wenige noch einer wiederholten Nachprüfung, so ist des Verf.'s Arbeit doch auch durch die vielfachen Anregungen, welche sie giebt, ein verdienstliches Werk. Onodi hat damit gewissermassen eine Tafel aufgerichtet, auf welcher verzeichnet steht, was bisher erreicht und wie Vieles noch zu thun übrig bleibt. Darum sei die Kenntnissnahme dieses Büchleins allen arbeitenden Laryngologen hiermit auf das Angelegentlichste empfohlen. —

Grabower.

---

b) **Ph. Schech** (München). **Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.** Mit Einschluss der Rhinoskopie und der local-therapeutischen Tecknik für praktische Aerzte und Studirende. Mit 41 Abbildungen. Fünfte vollständig neu bearbeitete Auflage. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1896. 421 Seiten.

Wenn ein Buch binnen 12 Jahren fünf Auflagen erlebt, zumal seitdem verschiedene Werke aus dem obengenannten Gebiete erschienen sind, so spricht das allein schon eigentlich für die Vortrefflichkeit desselben. Es zeugt dieser Umstand nicht allein für die ausserordentliche Beliebtheit des Werkes bei den Studirenden, Aerzten und Fachgenossen, sondern auch dafür, dass der Verf. bestrebt ist, allen Fortschritten, neuen Errungenschaften in obigen Disciplinen gerecht zu werden, dieselben seinen Lesern in äusserst practischer Form, kurz und sachlich nutzbar zu machen. Da sind alle Hypothesen mehr oder minder ausgeschaltet, nur was wirklich als sichere Thatsache erkannt, was als heilbringender Factor erprobt ist, das bringt Verf. in tadelloser, Zweifel nicht aufkommenlassender Weise. Das ist ja auch das Richtige für ein solches Werk, das in den ver-

schiedensten Händen zur Verbreitung der wissenschaftlichen Grundlagen, der Erkenntnisse und Behandlung vorstehender Krankheiten dienen soll.

Bei der Behandlung huldigt Verf. überall den einfachsten und am raschesten zum Ziele führenden Methoden, mit den möglichst einfachen Instrumenten, sieht wenn irgend möglich von der Narkose, vieler Assistenz bei Operationen wie z. B. der Rachenmandel und der Tonsillotomie ab und perhorrescirt — ganz richtig nach des Ref. Ansicht — für solche operative Eingriffe als Operationsort ein Krankenhaus, bevorzugt vielmehr eine gesunde Privatwohnung.

Verf. sagt in seinem Vorworte, dass infolge der rührigen Thätigkeit, welche in den letzten Jahren auf literarischem Gebiete herrschte, diese fünfte Auflage grösstentheils umgearbeitet werden musste und daher namentlich unter den Krankheiten des Rachens „die Diphtherie“, unter denen der Nase „die Krankheiten der Nebenhöhlen“ in völlig veränderter Form erscheinen.

Die Behandlung der Diphtherie, welche uns am meisten interessiren dürfte, muss nach Verf. eine allgemeine und locale sein. Unter den allgemeinen Heilmitteln stellt Verf. das Behring'sche Heilserum.

Ausser leichten urticariaartigen Exanthemen an der Injectionsstelle wurden bisher keine schädlichen Einwirkungen des Serum constatirt. Wird die Serumtherapie möglichst in den ersten 3 Tagen eingeleitet, so kann in reinen, uncomplicirten Fällen die Sterblichkeit bis auf Null herabgedrückt werden. Auch bei Mischformen sieht man noch gute Erfolge, während die septischen Formen unbeeinflusst bleiben.

Die schon gesetzten Schädigungen des Nervensystems können durch sie nicht mehr rückgängig gemacht werden; man sieht deshalb postdiphtherische Lähmungen, zwar vielleicht weniger schwer und dann sich verzögert einstellend, aber nicht minder häufig als früher. Die Diagnose muss in irgend zweifelhaften Fällen durch die bacteriologische Untersuchung festgestellt werden.

Ref. berichtete absichtlich ausführlicher über dieses Facit, welches Verf. aus den sämmtlichen Veröffentlichungen über dieses Thema gezogen, weil immer noch Zweifler bei Seite stehen und von den nie bewiesenen vielen schädlicheu Nebenwirkungen des Serum sprechen.

Die Druckseiten für „die Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase“ sind allein um 9 vermehrt, und hat Verf. den Stoff ganz anders behandelt als früher.

Er hat ein Capitel „Allgemeine Pathologie“ eingefügt, in welchem die acuten und chronischen Entzündungen der Sinusmembran mit ihren pathologischen Erscheinungen beschrieben werden. Dann folgt als neues Capitel „Die allgemeine Aetiologie und Symptomatologie“ und ein ebensolches über die „Allgemeine Diagnose“.

Nun erst folgen die Erkrankungen der einzelnen Nebenhöhlen, von denen Verf. die der Kieferhöhle als die häufigste, die der Stirnhöhle als die nächsthäufige bezeichnet. Früher meinte Verf., dass sich die Keilbeinhöhle wohl schliesslich als die vielleicht am häufigsten erkrankte herausstellen dürfte, und möchte Ref. sogar jetzt noch an dieser Ansicht festhalten. Doch das wird sich später nach weiteren Erfahrungen und Veröffentlichungen noch zeigen.

Verf. giebt alle Hilfsmittel zur Stellung der Diagnose an, ist weit entfernt

von dem Optimismus Mancher, die mit der oder jener Methode allein auskommen wollen. Er beschreibt in übersichtlicher Form die Symptome und weist darauf hin, wie jetzt bei Behandlung dieser Erkrankungen die chirurgische mehr und mehr in den Vordergrund getreten ist.

Wer es auch sei, jeder wird das Buch mit grosser Befriedigung lesen, daraus sich belehren und dem Verf. für seine verdienstvolle Arbeit Dank wissen.

Max Schaeffer (Bremen).

---

c) Bericht über die Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie auf der 67. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Lübeck, 16.—21. September 1895*).

Einführender der Abtheilung: Dr. Oeinck (Lübeck).
Schriftführer: Dr. Löwenthal (Lübeck).

Präsenzliste: Bockemöhle-Münster i. W.; Davidsohn-Berlin; Fink-Hamburg; Dressel-Ems; Grube-Flensburg; Gutzmann-Berlin; Hartmann-Berlin; Heymann-Berlin; Jankau-München; Jürgensmeyer-Bielefeld; Karutz-Lübeck; Körner-Rostock; Leutert-Halle a. S.; Löwenthal-Lübeck; Moldenhauer-Leipzig; Nägeli-Skerblom-Ruthi (Schweiz); Nehab-Ems; Oeinck-Lübeck; Pluder-Hamburg; Reuter-Ems; Sänger-Magdeburg; Scheier-Berlin; Siebenmann-Basel; Thost-Hamburg; Walb-Bonn; v. Wildt-Frankfurt a. M.; Winckler-Bremen; Zarniko-Hamburg.

1. Sitzung den 16. September, Nachmittags $4^1/_2$ Uhr.

Vorsitzender: Moldenhauer.

1. Fink (Hamburg): Ueber Hydrorrhoea nasalis.

Im Anschluss an die Arbeiten von Bosworth und von Lichtwitz berichtet F. über drei eigene Beobachtungen von Hydrorrhoea nasalis.

Es bestand bei allen anfallsweise auftretende, sehr profuse wässerige Secretion, in einem Falle verbunden mit heftigen Niessparoxysmen und Kitzelgefühl in der Nase. Von objectiv wahrnehmbaren Veränderungen war einmal eine Verdickung des vordern Endes einer unteren Muschel vorhanden. Cauterisation brachte vorübergehenden Erfolg. Im zweiten Falle konnte das Uebel durch Exstirpation von Polypen, die im mittleren Nasengange sassen, beseitigt werden. Nach 2 Jahren Recidiv, das wieder durch Wegnahme eines inzwischen nachgewachsenen kleinen Polypen zum Verschwinden gebracht wurde. Im dritten Falle zeigte sich die Entfernung verdickter hinterer Muschelenden erfolglos. Dagegen hatte es den Anschein, als ob die Flüssigkeit aus der einen Highmorshöhle her-

---

*) Die Herren Redner haben mich bei der Abfassung des nachfolgenden Berichts sämmtlich durch Zusendung von Autoreferaten unterstützt, wofür ich ihnen auch hier bestens danke (d. Ref.).

vorquelle, und die mehrmonatige Behandlung dieser Höhle mit Aristol hatte die Wirkung, dass die vorher täglich auftretenden Anfälle nur alle 6—8 Wochen auftraten.

Vortr. weist die Ansicht von Bosworth zurück, dass die H. n. auf einer Affection der Vasomotoren beruhe. Diese hätten keinen Einfluss auf die Secretion der Drüsen. Es müsste sich vielmehr um eine Affection der feinsten Verzweigungen der Drüsennerven handeln, die als Zustand leichterer Erregbarkeit anzusehen sei. Daher käme es schon bei einfachen, leichten Reizen (schlechter Luft, Reibung eines Polypen, Ergüssen in Nebenhöhlen) zu stürmischer Reaction.

In therapeutischer Hinsicht könne man, wo keine palpabeln Veränderungen vorlägen, secretionsbeschränkende Mittel, wie das Aristol, versuchen.

An der Discussion betheiligen sich die Herren Moldenhauer, Zarniko, Jankau und Scheier.

2. Winckler (Bremen): Ueber chirurgische Behandlung gewisser Nasenstenosen.

W. berichtet über mehrerere Fälle, in denen flächenhafte Verwachsungen zwischen der unteren Nasenmuschel und dem Septum ihn zu einer theilweisen Entfernung der Concha inferior zwangen. Er glaubt, dass bei breiten, knochenharten Verwachsungen dies Verfahren das schonendste sei, um die Nasenstenose zu beseitigen.

Des Weiteren theilt er einige Krankengeschichten mit, aus denen hervorzuheben ist, dass die Galvanocaustik in gewissen Fällen nicht im Stande ist, eine vorhandene Muschelhypertrophie dauernd zu beseitigen. W. bemerkt, dass man oft den Fällen, die mehrmals galvanocaustisch behandelt worden sind, machtlos gegenüberstehe. Er hat sich in einer Anzahl von solchen Fällen, bei denen ihm die vorhandenen Beschwerden mit der Nasenstenose im Zusammenhang zu stehen schienen, nach längerer Beobachtung jedes Einzelfalles daher entschlossen, die unteren Nasenmuscheln zum Theil oder gänzlich mit Messer und Scheere zu entfernen. Ihren physiologischen Zweck könne eine derartig durch die Galvanokaustik zerstörte Muschelschleimhaut nicht mehr erfüllen. Es ist daher für die übrige Nasenschleimhaut vortheilhafter, die Concha inferior zu entfernen oder zu reseciren. W. hat endlich auch bei der papillomatösen Degeneration der Schleimhaut der unteren Nasenmuscheln dies Verfahren angewandt und gefunden, dass es bei den circumscripten Hyperplasien vortheilhafter ist, als die Operation mit der kalten Schlinge oder der Glühschlinge. Dem Auftreten von neuen Wucherungen vor oder hinter der Stelle, an der die Hyperplasie mit der Schlinge entfernt war, würde durch Entfernung eines Theiles der Muschel, wobei in der angrenzenden makroskopisch gesunden Schleimhaut zu operiren sei, am sichersten vorgebeugt. — Die Operation selbst nimmt er mit einem starken Messer oder einer Knochenscheere vor. Er drängt die untere Muschel von der lateralen Nasenwand ab, legt zwischen sie und den Nasenboden, um diesen nicht durch den Schnitt zu verletzen, Jodoformgaze und schneidet dann das zu entfernende Stück von der Muschel mit dem Messer ab. Ist der Muschelknochen sehr dick, so benutzt er dazu eine Scheere. Bezüg-

lich der Grösse des zu entfernenden Muschelstücks hat sich W. bei den Nasen, die schmale Oeffnungen hatten, zu einer ausgedehnteren Resection entschieden, als bei denen mit grossen vorderen Nasenaperturen. Bei der papillomatösen Degeneration hat er, falls sie sich über die ganze Concha inferior erstreckt, diese möglichst total fortgenommen, bei circumscripter polypoider Wucherung jedenfalls oberhalb in makroskopisch gesunder Schleimhaut resecirt. In vielen Fällen trat nach der Entfernung der Muschel ein eitriger Nasenausfluss ein, der jedoch unter geeigneter Nachbehandlung zu beseitigen war. Nachblutungen wurden nur in 2 Fällen beobachtet, in dem einen Fall schloss sich unmittelbar Scarlatina an, in dem anderen hatte der Pat. die nach der Operation selbstredend erforderliche exacte Jodoformgazetampouade eigenhändig gelockert. Nachtheilige Folgen hat W. nach der Entfernung eines Stückes oder der ganzen unteren Muschel nicht beobachtet.

Die Discussion über diesen Vortrag soll in der 2. Sitzung gemeinschaftlich mit der über Moldenhauer's Vortrag stattfinden.

2. Sitzung den 17. September, Vorm. 9 Uhr.

(Gemeinschaftlich mit der Abtheilung für Ohrenheilkunde.)

Vorsitzender: Arth. Hartmann (Berlin), später
P. Heymann (Berlin).

3. Moldenhauer (Leipzig): Zur operativen Behandlung der Hypertrophieen der untern Nasenmuscheln.

Nach einer Kritik der üblichen Verfahren empfiehlt der Vortragende für alle Fälle von wirklichen Schleimhauthypertrophieen, mögen sie am vorderen, hinteren Ende oder in der Mitte der Muscheln sich entwickelt haben, die Entfernung mit der Glühschlinge. Dieselbe bietet die Vortheile einer geringen Schmerzhaftigkeit, geringen Blutung, geringen Reaction, während die in der Gegenwart am häufigsten angewandte kalte Schlinge einigermassen derbes Gewebe nicht leicht und glatt zu durchschneiden vermag, sodass der Operateur sich oft auf gewaltsames Reissen verlegen muss.

Wenn das hypertrophische Gewebe nicht genügend stark vorspringt, um ohne weiteres mit der Schlinge gefasst werden zu können, wird vorher mit einem messerförmigen Brenner eine Furche längs des unteren Randes der Muschel gezogen, dann das vordere Ende der Muschel mit dem Brenner umgangen und auch von unten her die Hypertrophie losgetrennt, die sich dann leicht mit der Schlinge fassen lässt.

Bei gleichzeitigen flächenhaften Hypertrophien wird mit dem Brenner eine zweite Furche vom oberen Rande der Muschel beginnend gezogen, die die erste Furche vorn in einem spitzen Winkel trifft. Das in diesen Winkel vorspringende Polster lässt sich dann ebenfalls mit der Glühschlinge leicht entfernen.

Discussion: Winckler erinnert daran, dass er die Resection der unteren Muscheln nur bei breiten Verwachsungen zwischen Muschel und Septum und für galvanokaustisch zerstörte und daher functionsunfähige untere Muscheln empfehle.

Zarniko hebt gegenüber Moldenhauer die grossen Vorzüge der kalten Schlinge vor der glühenden hervor: ihre Einfachheit und Leistungsfähigkeit. Nur müsse man eine in die Röhre einziehbare Schlinge (Modelle von Hartmann und von Krause) benutzen, diese schneide bei richtiger Anwendung glatt wie ein Messer, von Rupfen oder Reissen sei keine Rede. Auch die Blutung sei nicht stärker als nach galvanokaustischer Schlingenoperation, besonders wenn man nach des Redners Vorschlag auf die Tamponade verzichte, was in den allermeisten Fällen angehe.

Walb giebt ebenfalls der kalten Schlinge den Vorzug, reisst aber absichtlich etwas von der Schleimhaut des Mutterbodens ab, um Recidive zu verhindern.

Winckler widerräth die Galvanokaustik dort, wo Stauungen in den Nachbarorganen der Nase, besonders den Augen vorhanden sind. Er fragt die Anwesenden, wie sie sich bei Nasenstenosen verhielten, die trotz mehrfachen Brennens nicht beseitigt seien.

Heymann spricht sich über die kalte Schlinge in ähnlichem Sinne, wie Zarniko aus. Er legt auf die besondere Construction der Schlinge kein Gewicht. Von Recidiven der papillären Fibrome könne man eigentlich nicht reden, die Wucherungen träten nicht in der Brandnarbe sondern daneben auf.

Moldenhauer tritt in einem Schlusswort noch einmal warm für die Glühschlinge ein. Er empfiehlt besonders den Jacoby'schen Handgriff.

4. Moldenhauer (Leipzig): Zur operativen Behandlung der kuppelförmigen Verbiegung des Septum narium.

Der Vortragende benutzt ein stark über die Fläche gebogenes spitzes Messer, mit dem sich leicht und schnell ein beliebig grosses kreisförmiges Stück des Septums excidiren lässt.

Bei Raumbeschränkung wird zweckmässig vorher der betreffende Nasenflügel in der Nasenfurche losgetrennt und aufgeklappt.

5. Derselbe: Eine bisher nicht bekannte Form der Nasenverengung.

Der Vortragende beobachtete zwei Fälle von Nasenstenose, die durch diffuse Hypertrophie der beiden Oberkiefer bedingt war. In dem stärker ausgeprägten Falle war das Lumen der Nasenhöhlen fast aufgehoben, indem die äussere Wand mit den Muscheln bis dicht an das Septum vortrat.

Sehr auffallend waren die Veränderungen im Gesichte, wo die Oberkiefer einmal als halbkugelige feste Tumoren hervortraten, dann besonders die beiden Procc. frontales stark vorspringende, dem Nasenrücken anliegende Wülste bildeten, die ziemlich die Höhe des Nasenrückens erreichten, sodass dieser breit und platt erschien. Auch der harte Gaumen zeigte starke knöcherne Verdickung, dagegen zeigten sich Proc. alveolares, sowie die Choanen normal.

Bei beiden Kranken wurde Jodkalium gegeben, bei der intensiver Erkrankten ohne Erfolg, bei der anderen, die zugleich Kopfschmerzen, Auftreibung und Schmerzhaftigkeit der rechten Clavicula und der Fussrücken hatte mit dem Nutzen,

dass die Kopfschmerzen verschwanden und auch die eine Nasenhöhle für die Athmung durchgängiger wurde.

6. Karutz (Lübeck): Empyem des Sinus frontalis (Krankenvorstellung).

Ein in jeder Hinsicht typischer Fall. Die Erkrankung war in Folge von Influenza entstanden. K. meisselte die Stirnhöhle von vorn auf und räumte mit dem scharfen Löffel die massenhaft vorhandenen Granulationen aus, wobei sich mehrfach cariöse Stellen vorfanden. Eröffnung und Auskratzung auch des Siebbeinlabyrinths. Jodoformgazetamponade. Die Wunde bis auf eine kleine Oeffnung vernäht. Nach 12 Tagen Nase und Stirnhöhle eiterfrei*).

An diesen Fall knüpft der Vortragende einige Bemerkungen. Er betont, dass in seinem Fall der Eiterabfluss vollkommen unbehindert stattfand, dass keine Polypen oder Schwellungen im mittleren Nasengange vorhanden waren, sodass Secretretention hier nicht als Ursache angeschuldigt werden konnte. Auch war trotz des freien Abflusses Auftreibung vorhanden, was Moritz Schmidt für unmöglich hält. — Die Unterscheidung in latentes und apertes Empyem möchte Vortragender verbannt wissen, da jeder unter diesen Bezeichnungen etwas andres verstehe. — Die Sondirung der Stirnhöhle hält Vortragender in den seltensten Fällen für ausführbar und die Ausheilung eines chronischen Empyems ohne Aufmeisselung für ausgeschlossen. Er warnt vor der Anbohrung der Stirnhöhle nach Schäffer, die eine sehr gefährliche Operation darstelle. — Mit dem Jansenschen Operationsplan kann sich der Vortragende nicht recht befreunden, er hält die Dislocation des Bulbus dabei nicht für so harmlos und findet auch den kosmetischen Effect nicht übermässig einladend. Dagegen erscheint ihm der Plan Kuhnt's, die vordere Wand möglichst in toto fortzunehmen, nachahmenswerth.

Discussion: Winckler empfiehlt jetzt auch nicht mehr das Verfahren Schäffer's, besonders da er gesehen hat, dass es nur in wenigen Fällen eine Ausheilung zu Stande bringe.

Hartmann erläutert an mehreren sehr interessanten Spirituspräparaten die Verhältnisse der Stirnhöhlenausmündung. Das Ursprüngliche sei eine ganz breite Communication ohne Ductus frontalis. Dieser käme erst dadurch zu Stande, dass sich von den verschiedenen Seiten her Siebbeinzellen in den unteren Theil der Höhle hineinschöben und auf diese Art fänden die mannigfachen Varietäten der Ausmündung ihre einfache Erklärung. H. zeigt seine Canüle zur Ausspülung der Stirnhöhle, die einen weit längeren Schnabel hat, als manche Autoren (z. B. Lichtwitz) angeben. — H. hält die Herstellung einer freien Communication mit der Nasenhöhle für anstrebenswerth.

Moldenhauer hält genuine Empyeme der Stirnhöhle für sehr selten und glaubt, dass Empyeme der vorderen Siebbeinzellen häufig dafür gehalten würden.

Walb bohrt die Stirnhöhle zur Diagnose von der Vorderseite mit der Zahnbohr-

*) Die Kürze, in der diese Heilung erfolgt ist, dürfte wohl ohne Beispiel dastehen (d. Ref.).

maschine an. Auf die Gefährlichkeit dieses Vorgehens weisen die Herren Hartmann und Zarniko hin. Es gäbe Leute ohne Stirnhöhlen, denen man dabei ins Cerebrum bohren müsse. Leutert empfiehlt eine Stirnhöhlencanüle mit lateraler Abbiegung (Instrumentenmacher Hellwig in Halle).

7. Siebenmann (Basel): Die Epidermisirung des Septum cartilaginosum und die Rhinitis sicca anterior.

Siebenmann berichtet über den trockenen Catarrh der knorpeligen Nase und über die Epidermisirung des knorpeligen Septums. Er schlägt, entsprechend einer früheren Mittheilung, die Bezeichnung Rhinitis sicca anterior vor für diese Processe, die unter sich in ätiologischem Zusammenhange stehen. Die Zuckerkandl'sche Xanthose ist ebenfalls hier einzureihen, ebenso wie das Ulcus perforans; dieselben sind nur verschiedene Stadien der nämlichen Affection. Auch der sogen. blutende Septumpolyp verdankt seine Entstehung, soweit des Vortragenden Erfahrungen reichen, der Rhinitis sicca anterior. S. bespricht im ferneren die Bedeutung, die diese Schleimhautveränderung besitzt für die Entstehung einer Anzahl von localen Infectionskrankheiten: Erysipel, idiopathische Septumphlegmone, Furunkulose des Naseneingangs, Lupus und Tuberculom. An der Hand einer colorirten grösseren Abbildung werden die histologischen Verhältnisse besprochen, die namentlich über die Entstehung des Ulcus perforans Licht zu verbreiten geeignet sind und die demnächst durch Herrn Dr. Ribary (als separates Heft der „Mittheilungen aus klinischen Instituten der Schweiz" gegenwärtig im Druck) einlässlicher erörtert werden sollen. Die Rhinitis sicca anterior ist nach des Vortragenden Erfahrung sehr häufig, sie findet sich bei 10pCt. der poliklinischen Nasenkranken.

8. Zarniko (Hamburg): Demonstrationen.

1. Mikroskopische Präparate eines Falles von Papilloma durum nasi. Von dieser Erkrankung sind bis jetzt im ganzen 6 Fälle beschrieben, dieser ist der siebente. Der Tumor sass mit dünnem Stiele dicht vor dem vorderen Ende der rechten unteren Muschel eines ca. 60jährigen Mannes. Er füllte das Nasenloch vollkommen aus. Makroskopisch: zottig und durch Luftstaub oberflächlich geschwärzt. Nach Abschnürung mit der kalten Schlinge wenige Tropfen Blut, bis jetzt (über ein Jahr) kein Recidiv. Mikroskopisch: Spärliches Bindegewebsgerüst, der Hauptmasse nach vielfach geschichtetes, verhornendes Pflasterepithel mit mächtiger Abstossung von Hornlamellen.

2. Das Bestreben, die Kehlkopf- und Rachenspiegel gründlich sterilisiren zu können, hat zur Construction einer Anzahl neuer Modelle (Avellis, Killian, Hopmann) oder zur Empfehlung von Metallspiegeln (Ziem) geführt. Vortragender hält bei aller Anerkennung des Scharfsinns der genannten Constructeure doch die alten galvanoplastisch verkupferten Spiegel für die zweckmässigsten und zeigt an mehreren Exemplaren, dass diese, wenn sie gut gearbeitet sind, ein etwa fünfundzwanzigmaliges Kochen (jedesmal 2 Minuten in 1proc. Sodalösung) ohne die geringste Schädigung ertragen. Es kommt dabei, selbst wenn man die Spiegel

beim Auftreten des ersten Fleckchens fortwürfe, auf die Untersuchung ein Aufwand von 5 Pfennigen, der wahrlich nicht gross genug ist, um die Verwendung der Spiegel zu beeinträchtigen.

9. Karutz (Lübeck): Die adenoiden Vegetationen und die Schule.

Die adenoiden Vegetationen sind in klinischer, therapeutischer und anatomischer Hinsicht so genau erforscht, dass sie für den Arzt wohl als ein abgeschlossenes Capitel betrachtet werden können.

Nicht dasselbe kann man von ihnen mit Bezug auf die Schule sagen. Redner wünscht hier ein vermehrtes Interesse der Lehrer und ein inniges Zusammengehen von Lehrer und Arzt. —

Besonders auf zwei Folgezustände der adenoiden Vegetationen will Vortragender eingehen: auf die Aprosexie und das Stottern. Er hat in Lübecker Schulen bei 63pCt. aller stotternden Kinder adenoide Wucherungen gefunden. Noch höher, nämlich volle 70 pCt., war das Verhältniss bei den schwachbefähigten (d. h. mit Aprosexie behafteten) Kindern, die in Lübeck in einer besonderen Schule vereinigt sind.

Vortragender plaidirt für die Anstellung von Schulärzten an Schulen für schwachbefähigte Kinder. Eine wichtige Obliegenheit dieser Schulärzte müsste auch die systematische Untersuchung auf adenoide Vegetationen sein.

Discussion: Pluder hat in der Altonaer Schule für Schwachbefähigte einen bei weitem geringern Procentsatz vorgefunden. Er glaubt, dass Rhachitis, Scrophulose, hereditäre und sociale Ursachen hier weit mehr in Betracht kämen, als die Adenoiden. Dagegen fand er bei Stotternden an einer Hamburger Schule einen ähnlich hohen Procentzatz. Besonders fielen bei den Stotternden vielfach sehr starke Wucherungen auf, bei den schwach Befähigten, deren gewöhnlicher Sprachfehler das Stammeln ist, konnten sie nicht gefunden werden.

Hartmann erklärt die Differenz zwischen den Herren Karutz und Pluder so, dass es keine feste Grenze gäbe, bei der man die Diagnose: adenoide Vegetationen beginnen lasse. Die Beurtheilung sei bis zu einem gewissen Grade subjectiv.

An der Discussion betheiligt sich ferner Skerblom.

3. Sitzung den 17. September Nachmittags 3 Uhr.
(Zugleich mit der Abtheilung für Ohrenheilkunde.)

Vorsitzender: Herr Körner (Rostock).

10. Zarniko (Hamburg): Ueber isolirte Ozäna der Luftröhre nebst Bemerkungen über das Wesen der Ozäna.

Vortragender hat vor Kurzem ein überaus seltenes Krankheitsbild beobachtet. Die Luftröhre des Patienten war austapezirt mit dunkeln, festhaftenden Borken, die den specifischen Gestank der Ozäna ausströmten. Die höher gelegenen

Luftwege von der Glottis aufwärts waren völlig gesund und secretfrei, ebenso auch die Bronchien.

Diese Erkrankung ist nicht zusammenzuwerfen mit der einfachen trockenen Laryngotracheitis. Sie unterscheidet sich von ihr durch den chronischen Verlauf und den Fötor der Borken. Nach Ausscheidung der Laryngitis sicca findet sich in der Literatur nur ein Fall berichtet, der dem des Vortragenden entspricht, d. i. der von Baginsky in der Berl. klin. Wochenschr. 1876. 37. beschriebene Fall.

Beide zeigen, dass die Ozäna eine selbständige Erkrankung ist, die in jedem Abschnitt des Respirationsapparats isolirt auftreten kann. Sie widerlegen ferner die Vermuthung von Eugen Fränkel, dass der Fötor eine Folge des Schwindens der Bowman'schen Drüsen und des Fehlens ihres Sekrets sei, ferner die Theorie Zaufal's, wonach abnorme Erweiterung des Luftweges und davon abhängige Zersetzung des Nasensecrets den Fötor ozänae hervorrufe.

Des weiteren wendet sich Vortragender gegen die bekannte Auffassung Grünwald's. Er glaubt, dass die Ozäna eine ganz eigenthümliche und zwar von Anfang bis zu Ende eigenthümliche Krankheit ist. Sie wird durch den specifischen Fötor Ozänae in klinischer Hinsicht charakterisirt. Sie hat ein einheitliches anatomisches Substrat: das verhornende Pflasterepithel. Und sie hat sicherlich auch eine einheitliche Aetiologie.

In letztgenannter Hinsicht verdienen neuere Arbeiten von Löwenberg und Abel Beachtung, die nachweisen, dass der Löwenberg'sche Ozänacoccus nicht identisch mit dem Friedländer'schen Bacterium ist. Aber der Vortragende möchte den Coccus nicht für die Ursache der Krankheit ansehen. Vielleicht ist er die Ursache des Fötors.

Zum Schluss empfiehlt Vortragender eine von ihm vor 2 Jahren bekannt gegebene Theorie der Beachtung der Fachgenossen. Nach dieser ist die Ozäna eine Trophoneurose der Nasenschleimhaut und des Gerüsts. Die Ernährungsstörung ist das Primäre. Aus ihr sind in logischer Reihe die charakteristischen Veränderungen abzuleiten: Metaplasie des Epithels mit Verhornung, oberflächliche Entzündung und Borkenbildung und — durch die Ansiedelung eines specifischen, vielleicht des Löwenberg'schen Bacteriums — der Fötor.

Die angedeutete, an sich durchaus acceptable Theorie basirt auf einer Hypothese: der Trophoneurose als primärer Ursache. Um diese zu stützen führt Vortragender einige Erfahrungen der Hautärzte (Glossy skin) und die Ermittelungen und Reflexionen Hopmann's an (Arch f. Laryngol. I. 1. und Münchener med. Wochenschr. 1894), die durchaus mit den seinen in Einklang zu bringen sind.

11. Derselbe: Ueber Kakosmia subjectiva.

Vortragender macht auf einen cardinalen Unterschied zwischen subjectiven Gerüchen auf der einen Seite und subjectiven Geräuschen und Lichtempfindungen auf der anderen Seite aufmerksam. Die subjectiven Gerüche sind fast immer unangenehme (Koth, Cadaver etc.), die subjectiven Geräusche und die Phosphene sind abstract genommen angenehm (Vogelzwitschern, Theekessel, Wasserfall; rosige Wolken, bunte Sterne etc.).

Vortragender glaubt, diese Erscheinung finde in der Thatsache ihre Er-

klärung, dass die sog. subjectiven Kakosmieen re vera in der übergrossen Mehrzahl objective seien, dass ein grosser Theil von verkappten Nebenhöhlenempyemen herrühre.

Zu dieser Ueberzeugung haben ihn 4 Fälle geführt, in denen zunächst nichts auf Nebenhöhlenerkrankung hinwies, weshalb er die Patienten gleich anderen Aerzten vor ihm für Hysterische und Hypochonder hielt. Die später ausgeführte Punction der Kieferhöhlen ergab aber in allen 4 Fällen Ansammlung von stinkendem Eiter.

Vortragender empfiehlt deshalb, in allen Fällen von Kakosmie, für die sonst keine handgreifliche Ursache vorliegt, die Kieferhöhlen vom unteren Nasengange aus zu punctiren (nach Moritz Schmidt). Dann dürften sich wohl viele subjective als objective Kakosmieen entpuppen.

4. Sitzung den 18. September, Nachm. $2^1/_2$ Uhr.

Vorsitzender: P. Heymann (Berlin).

12. Sänger (Magdeburg): Mechanische Disposition zur Ozaena.

Das regelmässige Vorkommen von abnormer Weite der Nasenhöhlen bei Ozaena legt den Gedanken nahe, dass Erstere auf Entstehen und Bestehen der Letzteren einen Einfluss ausübe.

Dieser Einfluss ist a priori in folgender Weise denkbar: durch Einwirkung 1. auf die Schnelligkeit der die Nase passirenden respiratorischen Luftströme, 2. auf die Energie der Verdunstung der auf der Nasenschleimhaut befindlichen Feuchtigkeit und 3. auf die Intensität der respiratorischen Schwankungen des Luftdrucks in der Nase.

Theoretische Gründe sowohl als auch bestimmte Beobachtungen und Versuche veranlassen den Vortragenden, anzunehmen, dass auf dem unter 1. und 2. angegebenen Wege eine abnorme Weite der Nasenhöhlen einen Einfluss auf das Zustandekommen des Symptomencomplexes der Ozaena nicht ausübt, wohl aber auf dem unter 3. angegebenen.

In abnorm weiten Nasenhöhlen ist die Intensität der respiratorischen Luftdruckschwankungen eine abnorm geringe. Nach den vom Vortragenden angestellten manometrischen Versuchen ist sie 5—10mal geringer als in normalen Nasen.

S. beschreibt seine Versuchsmethode und weist auf einen Mangel der von G. Francke bei ähnlichen Versuchen (Archiv für Laryngologie Bd. 1, H. 2) angewandten Methode hin.

Das Steigen und Fallen des Luftdrucks in der Nase bildet einen wichtigen accessorischen Impuls für die Blutbewegung in derselben. Dieser Impuls kann also nach dem eben Gesagten in sehr weiten Nasenhöhlen nur eine geringe Wirksamkeit besitzen. Daraus folgt, dass in solchen Nasenhöhlen die Circulation eine träge und wenig energische sein muss. Indirect wird dies durch die vom Vortragenden gemachte Beobachtung bewiesen, dass in — nicht atrophischen — Nasenhöhlen, in denen er durch Verschluss der Choanen die respiratorischen Luftdruckschwankungen gänzlich in Fortfall brachte, die Schleimhaut anämisch

wurde und eine Abschwellung der Schwellkörper und der übrigen sichtbaren Weichtheile eintrat.

Eine geringe Energie der Circulation in der Nase begünstigt einerseits die Entstehung einer Atrophie derselben und bewirkt andererseits, dass das Product der Secretion wasserarm und zellenreich wird. Ein zähflüssiges Secret trocknet leicht ein und kann nur schwer durch die respiratorischen Luftströme oder durch Schnäuzen entfernt werden. Es bildet also ein besonders günstiges Object für die Einwirkung von Mikroparasiten. Durch eine solche Einwirkung kann dann schliesslich der charakteristische Foetor der Ozaena zu Stande kommen.

Zum Zwecke der experimentellen Prüfung dieser Theorie verengte der Vortragende in der Absicht, eine Erhöhung der Intensität der intranasalen Luftdruckschwankungen herbeizuführen, bei seinen Ozaenakranken den Naseneingang. Er bediente sich dabei eines von ihm „Nasenobturator“ benannten Instrumentchens, (erhältlich bei Middendorff in Magdeburg, Breiter Weg 155). Es besteht aus zwei Zinnplatten und einer U-förmigen Uhrfeder, mit der jene, nachdem sie vorher in bestimmter Weise zurechtgeschnitten worden sind, im Naseneingang befestigt werden. Das Ergebniss war, dass ausnahmslos eine Intensitätsabnahme der Krankheitserscheinungen der Ozaena, bei längerer Anwendung sogar ein vollständiges Verschwinden derselben eintrat. (Vergl. auch Therapeut. Monatshefte. October 1894.)

13. Scheier (Berlin): Zur Casuistik dee Kehlkopfverletzungen.

Als Vortragender vor mehreren Jahren in einer Arbeit über Kehlkopf-Fracturen die Litteratur über die genau beobachteten Brüche des knorpeligen Gerüstes des Kehlkopfes sammelte und nur 95 Fälle zusammenstellen konnte, demnach diese Verletzungen für äusserst selten halten musste, befand er sich in grellem Widerspruch zur Ansicht von Arbuthnot Lane, der bei einer Untersuchung von hundert Leichen im Präparirsal vom Guys-Hospital fand, dass der Procentsatz von Brüchen des Kehlkopfs mindestens 7 pCt. beträgt, dass demnach die Fracturen durchaus nicht so selten vorkämen. Wenn auch die Zahl der beobachteten Fälle von Kehlkopffracturen sich in den letzten Jahren nur um eine ganz geringe Anzahl vermehrt hat, so ist es doch wohl möglich, dass die scheinbare Seltenheit nur daran liegt, dass die Fracturen nicht immer die bekannten gefährlichen Symptome machen, die als für sie charakteristisch gelten, daher theils überhaupt nicht in die Behandlung des Arztes kommen, theils auch garnicht diagnosticirt werden. In den meisten Fällen waren aber die Erscheinungen so bedrohliche, dass, falls nicht sofort des Luftröhrenschnitt ausgeführt wurde, der tödtliche Ausgang eintrat. Nur in wenigen der publicirten Fälle waren die Athemstörungen so geringe, dass auch ohne Tracheotomie vollkommen Heilung eintrat. Scheier erwähnt Fälle von Heymann, Schnitzler. In anderen Fällen wurde die Thatsache, dass der betreffende Patient eine Kehlkopffractur einstmals erlitten hatte, durch zufällige Untersuchung dieses Organes vom Arzt entdeckt, ohne dass der Kranke es überhaupt wusste, dass sein Kehlkopf eine so schwere Verletzung durchgemacht hatte (Sandford). Der Vortragende erwähnt eine Beobachtung aus seiner Praxis, bei der der Kehlkopfbruch nur geringfügige

Symptome herbeigeführt hatte und die eine Dame von 18 Jahren betrifft, die die Angabe macht, dass sie vor ca. 2 Jahren in der Schule ausgeglitten und auf die scharfe Kante des Tisches mit dem Halse aufgefallen sei. Nur für einen Augenblick hätte sie das Bewusstsein verloren. Schmerzen in der Kehlkopfgegend, blutiger Auswurf, der schon nach einigen Tagen nachliess. Geringe Athembeschwerden bestanden nur die ersten Tage. Seit dem Unfalle eine starke Heiserkeit, weshalb sie jetzt erst ärztliche Hülfe aufsuchte. Die Untersuchung ergab, dass die linke Schildknorpelplatte etwas hinter der rechten steht, der obere Rand der linken Platte etwas tiefer wie der der rechten. Das linke Stimmband etwas tiefer als das rechte; im vorderen Theil sind die Stimmbänder durch eine dünne Membran miteinander verwachsen. Im Anschluss hieran erwähnt Scheier einen anderen Fall von Kehlkopffractur, bei welchem die Erscheinungen gefahrdrohender und die Verschiebungen der Knorpelfragmente bedeutender waren — hier war eine Fractur des Schild- und Ringknorpels durch einen Hufschlag zu Stande gekommen — und mit einer bedeutenden Verengerung des Kehlkopflumens zur Heilung gelangt. In diesem Falle hatte auch eine Verschiebung des linken Aryknorpels stattgefunden. Derartige Luxationen als Folge von Gewalteinwirkungen sind höchst selten beobachtet. Ein Fall rührt von Schnitzler her, ein anderer von Joel. Nachdem er noch auf Leichenversuche eingeht, die er anstellte, um den Mechanismus beim Zustandekommen der Kehlkopfbrüche herauszufinden, kommt er zu dem Schluss, dass bei Beobachtung derartiger Fälle, wo die Fracturen des Kehlkopfs ohne bedenkliche Symptome verlaufen, ja wo die vom Unfall betroffenen Patienten zuweilen schon am nächsten Tage ihrem Berufe nachgehen, auch wohl anzunehmen ist, dass die Fracturen, wenn man auch die Angaben von Lane wenigstens für unsere Gegend nicht vollkommen bestätigen kann, in Wirklichkeit häufiger sind, als man bisher vermuthet. In Hafenstädten mag wohl die Häufigkeit noch grösser sein. Bemerkenswerth ist ja, dass die von Lane angeführten Verletzungen sich bei einer Klasse von Menschen vorfanden, die wohl zum grössten Theil dem Arbeiterstande angehört haben werden, bei Leuten also, bei welchen nicht gar zu selten im Scherz wie im Ernst ein heftiges Zugreifen an den Hals stattfinden wird.

Discussion: Heymann macht einige nähere Angaben über den von ihm beobachteten Fall.

Darauf gemeinschaftliche Sitzung mit der Abtheilung für Augenheilkunde.

Vorsitzender: Schmidt-Rimpler (Göttingen).

14. Winckler (Bremen): Erfahrungen, gesammelt über den Zusammenhang von Nasen- und Augenerkrankungen und Besserung resp. Heilung der letzteren durch Behandlung der Nasenerkrankung.

W. hat seit 3 Jahren sämmtliche augenkranke Kinder des Kinderkrankenhauses auf etwa vorhandene Affectionen der oberen Luftwege hin untersucht. Er fand, dass bei scrophulösen Augenleiden ca. 50 pCt. Erkrankungen der Nase hatten und empfahl besonders bei diesen Fällen eine genaue rhinoskopische Untersuchung

vorzunehmen. Seitdem im Kinderkrankenhause eine principiell durchgreifende Nasenbehandlung skrophulöser Augenleidender eingetreten ist, sind die Recidive derartiger Augenerkrankungen wesentlich seltener geworden.

Red. theilt u. A. einen Fall von Neuritis retro-bulbaris N. optici oc. sin. complicirt mit seröser Tenonitis mit, den er mit Dr. Sylla zusammen beobachtet hat. Nach einer Erkältung stellte sich bei einem 14jährigen Mädchen unter Kopfschmerzen, Doppelsehen, Herabsetzung des Sehvermögens und Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen des linken Auges ein. Die Augenuntersuchung ergab rechts normale Verhältnisse $S = {}^4/_5$, links dagegen Röthung und seröse Schwellung des Conj. bulbi, geringe Schwellung der Lider, Schmerzhaftigkeit des Orbitalrandes und der inneren Orbitalwand. $S = {}^1/_5$ bei schwach reponirt-astigmatischem Refractionszustand. Die Untersuchung des Augeninnern, sowie die Prüfung des Gesichtsfeldes ergab normale Verhältnisse. Die Beweglichkeit des linken Bulbus lateralwärts ist gering eingeschränkt. Die Prüfung auf Doppelsehen ergab, dass auf 4 m Entfernung ca. $1^1/_2{}'$ von einander abstehende gleichnamige Doppelbilder auftraten, die bei Bewegung des Prüfungsobjectes nach der linken Seite der Pat. zunehmen und bei Annäherung des Objectes an die Mittellinie bis auf 2′ abnehmen und dann verschwinden. — Die von Dr. Sylla $1^1/_2$ Monate eingeleitete Augenbehandlung war ergebnisslos. Dann wurden der Pat. von W. grosse Papillome von der unteren Muschel abgetragen, worauf innerhalb eines Monats der Zustand des linken Auges wieder normal wurde.

Red. glaubt nach seinen Erfahrungen, dass bei etwaigen Beziehungen zwischen Augen- und Nasenaffectionen 3 Dinge in Betracht kommen: 1. die Gefässverbindung der Augen- und Nasenhöhle, 2. die Zellgewebsverbindung durch die Fissura orbitalis inf. nach der Flügelgaumengrube und dem Pharynx hin, 3. die Innervation beider Organe von denselben Nervenstämmen aus.

Bezüglich der therapeutischen Eingriffe warnt Red. vor der Anwendung des Galvanokauters und der Aetzmittel bei gleichzeitiger Augenaffection, nach denen er Verschlimmerung des Augenleidens gesehen hat. Er bevorzugt die blutigen Operationen in der Nase und entfernt die maulbeerförmige Hyperplasie der unteren Muschel mit Messer und Scheere. Zunächst bringt er in allen Fällen den Nasenrachenraum mit Gottstein'schem Messer oder Schrötter'scher Zange in Ordnung. Dann sucht er den bestehenden Schwellungscatarrh mit den mildesten Mitteln zu bessern bezw. zu lindern. Gelingt dies nicht, so wird die Nasenstenose durch blutige Verkleinerung der unteren Muschel beseitigt. Beruhte die Nasenobstruction auf einem mit Herdeiterung begleiteten Schwellungscatarrh, so wird diese nach chirurgischen Principien in Angriff genommen.

Thost (Hamburg): Demonstration zweier Fälle von Pemphigus des Larynx, der Nase und der Conjunctiva.

Th. stellt 2 Fälle von Pemphigus vulgaris chronicus mucosae vor:

Heinrich Rabe, 59 Jahr, früher Telegraphenbote, hat früher an Stockschnupfen und Nasenbluten gelitten; seit 5 Jahren besteht sein jetziges Leiden. Seine Beschwerden sind leichter Schmerz beim Schlucken, Stechen im Hals, Brennen beim Genuss scharfer Speisen. Seit 2 Jahren in Beobachtung. Auf der

Schleimhaut des Rachens, des weichen Gaumens, des Nasenrachenraums und der Larynx finden sich inselförmige kleine und grössere Stellen mit schneeweissen abgehobenen Epidermisfetzen bedeckt, die sich zum Theil wie bei Brandblasen wieder angelegt haben. Diese Inseln finden sich umgeben von einem rothen Reactionshof; hebt man die Epidermis ab, so erscheint darunter die blutende Papillarschicht. Diese Inseln gehen hervor aus schwappend mit grünlichem Inhalt gefüllten Blasen, die man aber nur äusserst selten zu Gesicht bekommt, da sie immer bald platzen. Dieser Zustand ist immer vorhanden, bald sind grössere, bald kleinere Schleimhautbezirke befallen, frei sind die Schleimhäute nie. Lieblingssitze: Die Gaumenbögen, Nasenrachenraum, Epiglottis, äussere Fläche der Aryknorpel.

Seit derselben Zeit ist die Conjunctiva beider Augen befallen. Therapie ohne jeden Erfolg. Absolute Ruhe im Zimmer, wie sie bei den Augenoperationen (Transplantation) nöthig war, scheint am günstigsten zu wirken. Trockene, staubige Witterung begünstigt die Eruption. Fieberloser Verlauf, geringe Störung des Allgemeinbefindens. Allgemeine Ernährung, nach der äusseren Bedeckung zu urtheilen, dürftig, erdfahle Hautfarbe: die äussere Haut nie befallen. In der Nase Verwachsungen.

Eine Tochter dieses Patienten leidet an atrophischem chronischem Catarrh der oberen Luftwege, sonst ein blühendes Mädchen.

2. Caesar Ladage, 26 Jahre alt, verheiratet. Nie Lues, wie auch der vorige Patient nie inficirt war. Sein Schleimhautleiden besteht seit 4 Jahren. Er klagt nur über Brennen im Halse. Die Affection ist bei ihm nicht so ausgedehnt, die hintere Rachenwand ist bei ihm fast immer mit Epidermisfetzen bedeckt, ausserdem fast immer die Epiglottis, am Septum narium vorn 2 Schorfe, deren Entstehen aus Pemphigusblasen jedoch noch nicht festgestellt werden konnte. Auch er ist ein schwächlicher, kachectisch aussehender Mann. Auch bei ihm war die äussere Haut nie befallen. Seine Augen sind völlig normal.

Bei Beiden sind innere Organe, Urin etc. nicht nachweisbar verändert.

Vortragender meint, man müsse diese Form, die meist von Augenärzten beschrieben sei, unterscheiden von den acuten Formen, die gerne Blasen zeigten, mit Fieber einhergingen, wo immer die äussere Haut befallen sei, während dies chronische, einfache Schleimhautpemphigus charakterisirt sei durch Folgendes: Schlechte allgemeine Ernährung und Entwickelung, Freibleiben der äusseren Haut, chronischer, fast symptomloser Verlauf, meist Betheiligung der Conjunctiva, die zu Phthisis bulbi führe. Absolutes negatives Verhalten gegen alle üblichen Mittel, speciell gegen Jod und Quecksilber.

Bacteriologisch fanden einige Beobachter Staphylococcen und Streptococcen, die nach des Vortragenden Meinung durch das Epithel in die sich trübende Flüssigkeit der Pemphigusblasen einwandern, dieselben nicht verursachen.

Discussion: Uthoff (Marburg) verbreitet sich über das klinische Bild des Pemphigus conjunctivae. Er bestätigt nach eigenen Untersuchungen und solchen von Löffler die Ansicht des Vortragenden, dass die im Blaseninhalt zuweilen auffindbaren Bacterien secundäre Eindringlinge seien.

Zarniko (Hamburg).

———

III. Briefkasten.

Der XII. Internationale Medicinische Congress und die Laryngologie.

Der „Berliner Klinischen Wochenschrift" und den „Annales des Maladies de l'Oreille etc. entnehmen wir die erstaunliche Nachricht, dass der in Moskau vom 7.—14. August 1897 abzuhaltende Internationale Medicinische Congress eine eigene laryngologische Section nicht haben soll, und dass die Laryngologie sowie die Otologie, die Odontologie und Ophthalmologie, welchen ebensowenig eine separate Vertretung eingeräumt ist, mit der — — chirurgischen Section vereinigt sein werden!! — — Nicht weniger erstaunlich ist es, dass die englische Sprache, die weitverbreitetste der Welt, bei diesem „internationalen" Congresse durch Beschluss des leitenden Comités in den Sectionssitzungen weder für Vorträge noch in der Discussion zulässig ist!! — — —

Wir enthalten uns vorläufig eines eingehenderen Commentars über diese Beschlüsse. Das aber glauben wir schon heute sagen zu können, dass, wenn dieselben wirklich zur Ausführung kommen sollten, dem Congress nicht nur sein internationaler Charakter vollständig entzogen sein wird, sondern dass auch eine zwangsweise Incorporirung heterogener Specialzweige in die chirurgische Section, in der sie sich naturgemässer Weise als ungern geduldete Eindringlinge fühlen müssen, das sicherste Mittel ist, auch diejenigen Vertreter dieser Specialitäten, die an dem innigen Zusammenhange mit der allgemeinen Medicin festzuhalten wünschen, in Wahrung ihrer Rechte in eine Sonderstellung hineinzutreiben, die der allgemeinen Medicin nicht zu Gute kommen dürfte. —

Das Wilhelm Meyer-Monument.

Wir sind heute in der erfreulichen Lage, mittheilen zu können, dass in Dänemark und Grossbritannien allein bisher nahezu die Hälfte der zur Ausführung des Monuments nöthigen Summe zusammengebracht, und aus Amerika erreichen uns hoffnungsvolle Meldungen. Dagegen geht es in manchen anderen Ländern anscheinend nur langsam vorwärts. Angesichts dieser Thatsache möchten wir uns erlauben, unsere Specialcollegen noch einmal an den ganz ausnahmsweisen Charakter dieser Bewegung zu erinnern. Wir alle schulden Wilhelm Meyer nicht nur tiefe Dankbarkeit für seine wissenschaftlichen Verdienste, sondern auch für die durch seine Entdeckung ermöglichte, so ungemein grosse Ausdehnung unserer praktischen Thätigkeit! — Wenn jeder Hals- und Ohrenarzt sich erinnert, welch' unaufhörliche Dankesschuld jahraus jahrein ein jeder von uns persönlich dem Andenken dieses Mannes zu zollen hat, so wird, das hoffen wir zuversichtlich, die Bewegung den internationalen Charakter tragen, den wir von ihrem Beginne an angestrebt haben! — Aber um dies zu erreichen, muss eben jeder von uns ein thätiges Interesse an der Sache nehmen, und auch in seinen Kreisen für dieselbe wirken! —

Die nordamerikanische Sammlung, über welche uns nunmehr nähere Mittheilungen zugegangen sind, ist auf breiter Basis angelegt, und von dem Vorsitzenden des nordamerikanischen Comités, Dr. Bryson Delavan, an welchen der Präsident der amerikanischen laryngologischen Gesellschaft, Dr. Daly, diese Function delegirt hat, bis ins Kleinste organisirt. Folgendes ist die Liste der amerikanischen Comitémitglieder: Dr. Delavan (New-York), Vorsitzender, DDr. Bean (St. Paul), Bickett (Montreal), Bryan (Washington), Cohen (Philadelphia), Ward, M. R. (Pittsburg), Daly (Pittsburg), French (Brooklyn), Farlow (Boston), Glasgow (St. Louis), Hinkle (Buffalo), Ingals (Chicago), Johnston (Baltimore), Lowman (Cleveland), de Roaldes (New Orleans), Roe (Rochester), Shurcly (Detroit), Swain (New Haven), Trasher (Cincinnati), Shields (Richmond), Por-

cher (Charleston), Logan (Kansas City), Arnold (San Francisco), Woolen (Indianopolis), Brown (Toronto), Hobbs (Atlanta), Sully (Colorado Spring), St. John (Hartford), Reynolds. Ohrenärzte: DDr. Arthur Mathewson (Brooklyn), H. G. Miller (Providence), John Green (St. Louis), J. M. Ray (Louisville), R. A. Reeve (Toronto).

Die Laryngologie im Schlussexamen in Nordamerika.

Bezugnehmend auf die gleichnamige Notiz in der Novembernummer des letzten Jahrgangs hat Dr. John W. Farlow, Docent der Laryngologie in der Haward Medical School in Boston die Güte gehabt, uns mitzutheilen, dass auch in jener Facultät für jeden Studirenden im letzten Studienjahre der Besuch eines viermonatlichen Cursus der Rhinologie und Laryngologie obligatorisch ist, und dass ihm bei der Ablegung des Doctorexamens gewöhnlich sechs Fragen rhino-laryngologischer Natur gestellt werden. Im letzten Jahre z. B. waren dies folgende: 1. Die Symptome der acuten Tonsillitis. 2. Die Differentialdiagnose zwischen Krebs und Syphilis des Halses. 3. Das Aussehen des Kehlkopfes bei Lähmung des linken Recurrens. 4. Diagnose und Behandlung des Kehlkopfpapilloms. 5. Beschreibe Ecchondrosen des Septum nasi. 6. Beschreibe Schleimpolypen der Nase und ihre Behandlung.

Personalia.

Dr. Subet-Barbon (Paris) ist zum Ritter der Ehrenlegion ernannt worden. (Revue nebdom. de laryngologie II, Jan. 1896.)

Prof. Hermann Krause hat der Berl. Klin. Woch. vom 23. Dec. 1895 zufolge seinen Austritt aus der Berliner medicinischen Facultät erklärt.

Den Annales des maladies de l'oreille et du larynx (Janvier 1896) entnehmen wir die Nachrichten, dass die Académie des Sciences den Preis Alberto Levi (50 000 frcs) für die Entdeckung einer wirksamen Behandlung der Diphtheritis zwischen den Herren Behring und Roux getheilt hat, und dass den Herren Gouguenheim und Glover für ihren Atlas de Layngologie et Rhinologie von der Académie de Médecine der Preis Laborie (2500 frcs.), von dem Institut eine „mention honorable de 1500 frcs.“ im Zusammenhang mit dem Preis Monthyon, und von der Faculté de Médecine der Preis Chateauvillard zuerkannt worden ist.

Die neue Photographie und die Laryngologie.

Es ist selbstverständlich noch viel zu früh, definitive Schlüsse über die praktische Tragweite der grossartigen Entdeckung Professor Röntgen's für die medicinische Wissenschaft zu ziehen. Die Frage ist noch in ihrer Kindheit, und soweit bis jetzt bekannt, sind es nur Verletzungen und Erkrankungen der Knochen, bei denen man sich einen unmittelbaren diagnostischen Erfolg von der nunmehr ermöglichten vollständigen Durchleuchtung der sie umgebenden Weichtheile versprechen darf. Aber der Gedanke liegt doch nahe, dass eines Tages die Methode von grösster praktischer Wichtigkeit für die Diagnose mancher Kehlkopfkrankheiten, vor allem für die Differentialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Neubildungen des Kehlkopfes sein dürfte. Die Idee, die Durchleuchtung des Organs für diese Zwecke zu verwenden, ist nicht neu, doch haben bei den uns bisher zur Verfügung stehenden Methoden praktische Versuche den theoretischen Erwartungen nicht entsprochen. Hoffen wir, dass die Röntgen'sche Entdeckung grössere praktische Erfolge haben möge. Jedenfalls wird es sehr wünschenswerth und verdienstlich sein, Versuche in dieser Richtung anzustellen.

Zur Frage der Umwandlung und der Symptome von Papillomen des Kehlkopfs.

Verehrter Herr Redacteur!

Anknüpfend an die Bemerkungen der löbl. Redaction zum Autoreferate meines Vortrages über Larynxpapillome (d. Centralblattes XII, No. 1) erlaube ich mir zu erwidern:

1. Dass ich in Folge meiner Erfahrungen die Thatsache constatiren muss, dass ich (während meiner 30jährigen Praxis allerdings selten und nur) in 3 Fällen die Erfahrung machte, dass anfänglich gutartige Neugebilde im Kehlkopfe im Verlaufe einer längeren operativen Behandlung — insbesondere Galvanokaustik — einen bösartigen Charakter annahmen.

2. Dass Papillome im Kehlkopfe und Kehlkopfeingange, die auch die Epiglottis besetzten, das Schlingvermögen beeinträchtigten.

Einer geehrten Redaction ergebener

Prof. E. v. Navratil.

[Indem wir mit Vergnügen vorstehenden Brief unseres geschätzten Herrn Mitarbeiters veröffentlichen, halten wir es im Interessse der Sache für geboten, die Bedeutung der beiden Fragezeichen zu erklären, die wir gegenüber zwei Angaben seines Berichtes zu machen uns für verpflichtet hielten, und die ihn zur Einsendung seines Briefes veranlasst haben.

Herr Prof. v. Navratil berichtet erstens in seinem Autoreferat, dass in 15 Fällen von multiplen Papillomen bei Erwachsenen nach wiederholten Eingriffen in dreien eine carcinomatöse Entartung eingetreten sei. Unser Fragezeichen bezieht sich auf die angegebenen Zahlen, die wir für das Resultat eines Lapsus calami hielten. In unserer Sammelforschung hatte Herr Prof. v. Navratil die Zahl der bis dahin von ihm beobachteten Fälle von gutartigen Kehlkopfneubildungen auf **783** beziffert (Centralblatt V, p. 448), unter ihnen **237** Papillome. Angesichts dieser Thatsache erschien es uns völlig undenkbar, dass er nur **15** Fälle von multiplen Papillomen bei Erwachsenen beobachtet haben sollte, welche wiederholte Eingriffe nothwendig machten, und dass von diesen 15 in nicht weniger als 3, d. h. in vollen 20 pCt. eine carcinomatöse Degeneration stattgefunden haben sollte! — Diese Verhältnisse erschienen uns so unvereinbar mit den allgemeinen Ergebnissen der Sammelforschung, dass schon aus diesem Grunde unser Fragezeichen geboten war. — Letzteres galt aber auch in zweiter Stelle der Zahl der Fälle von Degeneration. Herr Prof. v. Navratil hatte zur Sammelforschung zwei anscheinend hierhergehörige Fälle beigesteuert (X, 9 und XI, 16). Von diesen wurde der erste anstandslos als ein „typisches“ Beispiel echten Ueberganges aufgefasst, der zweite als „im höchsten Grade zweifelhaft“ bezeichnet. Wir hatten uns der Hoffnung hingegeben, dass der Beobachter selbst durch unsere Analyse überzeugt worden sei, dass es sich in ihm um primäre Bösartigkeit gehandelt habe. — Ein dritter Fall ist uns nicht bekannt, und soweit wir wissen, nicht veröffentlicht. — Diese Thatsachen dürften weiterhin die Frage erklären, die wir an den Bericht knüpfen zu müssen glaubten. Sowohl die Sammelforschung (vergl. Centralblatt, Vol. V, p. 144), wie Erfahrungen neueren Datums (vergl. Centralblatt, Vol. XI, pp. 149, 185—188, 208) haben leider nur zu beweisend gezeigt, dass noch gegenwärtig jede Aeusserung eines bekannten Fachgenossen, die so gedeutet werden könnte, als spräche sie für den unheilvollen Einfluss intralaryngealer Chirurgie auf eine bösartige Umwandlung vorher gutartiger Kehlkopfneubildungen in gewissenlosester Weise zur Stütze dieser, wie die Sammelforschung gezeigt hat, völlig unhaltbaren Theorie aufgegriffen wird. Wir halten es im Interesse der Sache für unsere einfache Pflicht, auf die Bedenklichkeit solcher Aeusserungen, von wie hochgeschätzter Seite sie auch kommen mögen, aufmerksam zu machen, und uns vor ihnen nur dann zu beugen, wenn sie durch völlig einwandsfreie Beweise gestützt sind. Das war aber, wie die vorstehenden Ausführungen gezeigt haben dürften, in der Stelle des Berichts, auf welche sich unser Fragezeichen be-

zog, nicht der Fall. — In diesem Zusammenhange bedauern wir ferner auf's Tiefste die auf die Anwendung der Galvanokaustik bezügliche Aeusserung Prof. v. Navratil's in seinem vorstehenden Briefe, die ganz leicht dahin gedeutet werden könnte, dass auch er, — um Gerhardt's treffenden Ausdruck zu gebrauchen — dieser Methode „ganz besonders die Fähigkeit zutraue, aus Polypen Krebse zu machen". In vielen von uns lebt noch heute frisch die Erinnerung, zu welchen furchtbaren Anklagen gelegentlich solche Aeusserungen führen mögen! — Wir können dabei nicht umhin, daran zu erinnern, dass in der ausführlichen Beschreibung von Prof. v. Navratil's erstem, einwandfreiem Fall von Umbildung (Centralblatt V, p. 591) von der Anwendung der Galvanokaustik überhaupt mit keinem Worte die Rede ist, und dass nach der Beschreibung des zweiten, im höchsten Grade zweifelhaften (Ibid. Vol. VI, p. 224) der Thermokauter erst zu einer Zeit in Gebrauch gezogen wurde, zu der für einen vorurtheilslosen Kritiker an der Bösartigkeit des Grundprocesses wirklich kaum ein Zweifel existiren konnte. — Ueber den dritten, von Prof. v. Navratil citirten Fall steht uns natürlich ein Urtheil nicht zu.

Der andere in vorstehendem Briefe berührte Punkt, auf welchen sich unser zweites Fragezeichen bezog, erfährt durch Prof. v. Navratil's Schreiben eine willkommene Aufklärung. In dem Autoreferat hatte es geheissen, dass rasch wuchernde Papillome „vom Kehlkopfe aus das Schlingen oft unmöglich machen". Diese an sich unstreitig befremdliche Angabe wird dankenswerther Weise dahin aufgeklärt, dass sie sich auf Papillome bezieht, die „auch die Epiglottis besetzten". Red.]

Verehrter Herr Redacteur!

Nachdem durch die Freundlichkeit der löbl. Redaction die vorstehenden Zeilen vor dem Abdrucke mir zur Einsicht vorlagen, erlaube ich mir im Interesse dieser wichtigen Sache auf das Bestimmteste zu erklären, dass auch ich im Weitesten entfernt davon bin, die intralaryngealen Operationen als krebsbildende zu beschuldigen. Ich habe seit der Sammelforschung und vor derselben insgesammt ungefähr 250 Papillomen gesehen und zu grossem Theile lange beobachtet und nur in 3 Fällen eine Degeneration constatiren können. Die Zahl 15 bezieht sich auf besonders schwere Fälle, wo die Stenose eine Tracheotomie dringend erheischte. Meine Absicht war nur, darzuthun, dass in solchen schweren Fällen die Spaltung des Kehlkopfes und gründliche Ausräumung der Geschwulst von mir vorgezogen wird, nicht aber die intralaryngealen Eingriffe als eine bösartige Metamorphose beschuldigend in Verruf zu bringen. Dieselben sind nur ungenügend, machen wiederholte Eingriffe nöthig, und dürften vielleicht in den allerseltensten Fällen bei hereditärer Disposition älterer Individuen (so war der 3. Fall) eine krebsige Entartung begünstigen, während mit der Spaltung des Kehlkopfes alles gründlich ausgeräumt werden kann.

Schiesslich möchte ich intra parenthesim bemerken, dass, wenn Jemand eine oder einige Degenerationen gutartiger Neugebilde in bösartige gesehen hat, er sich dieses Eindruckes nicht erwehren kann und wiederholte, 20—30malige intralaryngeale Operationen nicht gerne vornimmt. Die Sache kann aber möglicherweise doch anders stehen; ohne etwas bekämpfen zu wollen, ist doch die Möglichkeit vorhanden, dass die beschuldigten Gewächse von Anfang an nur anscheinend gutartig waren, das heisst, weder makro- noch mikroskopisch als bösartige angenommen werden konnten und dass dann nach wiederholten Eingriffen ein rascheres Emporwuchern des vorher nur langsam wachsenden Carcinoms bewerkstelligt werde. Schon aus diesem Grunde sind die überaus zahlreichen Cauterisationen und Ausschabungen im Kehlkopfe nicht sehr ermuthigend.

v. Navratil.

[Wir brauchen kaum hinzuzufügen, mit welcher Freude wir von dieser Erklärung unseres geschätzten Herrn Mitarbeiters, die jeder tendenziösen Missdeutung seiner Worte vorbeugen dürfte, Kenntniss genommen haben. Red.]

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XII. Berlin, März. 1896. No. 3.

I. Referate.

a. Aeusserer Hals, Medicamente etc.

1) **R. Barwell. Congenitale mediane Halsfistel. (Congenital median cervical fistula.)** *British Medical Journal. 21. December 1895.*

Sehr ausführliche Beschreibung eines Falles von congenitaler Halsfistel, durch welche Speichel seinen Weg nach aussen fand, und der zu ihrer Heilung vorgenommenen, vollständig gelungenen Operation am 13. December 1895 vor der Clinical Society of London. SEMON.

2) **Lichtwitz** (Bordeaux). **Halskiemenfistel durch Electrolyse geheilt.** *Monatsschrift f. Ohrenh. No. 9. 1895.*

Heilung eines Falles durch wiederholte elektrolytische Sitzungen nach vorheriger Einspritzung 5 proc. Cocainlösung. Verf. behandelte noch zwei weitere Fälle aber erfolglos, meint aber, man solle doch zuerst immer die Elektrolyse versuchen, ehe man zur Operation schreite. SCHECH.

3) **Mc Weeney** (Dublin). **Angeborene zahnhaltige Geschwulst am Halse. (Congenital dentigerous tumour of the neck.)** *Dublin Journal of Med. Science. November 1895.*

Die Geschwulst wurde vom Halse eines 23 jährigen Mädchens entfernt. Bei der Geburt klein, war sie langsam bis zu Orangen-Grösse gewachsen. Sie war in der Höhe des Zungenbeins befestigt und bestand, wie sich bei der mikroskopischen Untersuchung ergab, aus einem bindegewebigen Gerüst, das mit mucoidem Material gefüllte Cysten einschloss. In dem Bindegewebe fanden sich Fragmente von Knorpel und mehrere unausgebildete Zähne. P. MC BRIDE.

4) **Rutten. Vorstellung einer Kranken, die von einem enormen Syphilom der rechten Seite des äusseren Halses und des Schlundes geheilt ist. (Presentation d'une malade guérie d'un syphilome énorme de la paroi laterale droite**

de la gorge et du cou.) *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 9. September 1895.*

Es handelt sich um eine Frau, bei der in kurzer Zeit eine enorme Geschwulst sich rechts am Halse mit Einbeziehung der Mandel entwickelte. Mehrere Aerzte hatten kleine Stücke zur mikroskopischen Untersuchung abgetragen und den malignen Charakter der Neubildung diagnosticirt, die Operation hatten sie verweigert. Bei der Untersuchung der Kranken fiel dem Verf. hinter der Geschwulst im Rachen eine Ulceration auf, die den Eindruck einer syphilitischen machte. Er leitete eine antisyphilitische Behandlung ein und binnen kurzem verschwand die Geschwulst. Verf. warnt vor derartigen diagnostischen Irrthümern, vor denen nicht einmal das Mikroskop zuverlässig schützen könne.

E. J. MOURE.

5) **Koll. Die Anwendung des Nosophens in der rhinologischen und otologischen Praxis.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 29.*

K. hat mit dem Nosophen — Tetrajodphenolphtalein — und seinem Natronsalz sehr günstige Erfahrungen gemacht.

LANDGRAF.

6) **F. S. Parsons. Der Werth des Pinapin bei der Behandlung catarrhalischer Störungen. (The value of pinapin in the treatment of catarrhal disorders.)** *Times and Register. 4. Mai 1895.*

Das Pinapin ist ein neues Medicament, gewonnen durch Expression und Concentration des Saftes von Tannenzapfen, es reagirt sauer und wirkt stark antifermentativ. P. sah Nutzen von diesem Mittel bei allen catarrhalischen Zuständen, einschliesslich der Tonsillitis und des postnasalen Catarrhs.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

7) **S. S. Bishop. Weiterer Bericht über Menthol-Campher. (Camphor-menthol — a supplementary report.)** *Journal Amer. Med. Assoc. (Chicago). 4. Mai 1895.*

Ueber die Receptformeln ist in einer ersten Abhandlung berichtet worden. Als hauptsächliches Wirkungsfeld des Mentholcamphers erwiesen sich folgende Krankheiten: Schnupfen, Heufieber, Rhinitis hypertrophica, Schwellungscatarrh der Nase (wechselnde und intermittirende Nasenstenose), einfache Angina, acute Laryngitis, Tracheitis, Bronchitis; ferner diente das Medicament zu Cauterisationen behufs Verhütung von Blutungen und Entzündungen.

Der Effect des Mittels ist der, dass die Capillargefässe der Schleimhaut sich contrahiren, die Schwellung zurückgeht, das Niesen und die Reizerscheinungen aufhören, desgleichen der übermässige Ausfluss und dass die Secretion auch qualitativ zur Norm zurückkehrt.

Gewöhnlich wird eine 3 proc. Lösung in Lanolin Abends beim Zubettegehen in Sprayform angewandt.

Blutungen und Entzündungen, die sich bisweilen an galvanokaustische Aetzungen der Muscheln anschliessen, werden verhütet durch eine 24—48stündige Tamponade der Nase mit in 20proc. Lösung getauchten Wattetampons; die Tampons werden 4—5 Tage lang erneuert.



Erkältungen können durch den Gebrauch des Mentholcampher-Tascheninhalators vermieden werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

8) **Finkelnburg. Chronische Vergiftung durch Cocain von der Nasenschleimhaut aus.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 48.*

Eine Dame hatte Schnupfpulver von Cocain und Amylum 5:100 bekommen und sich durch zu häufigen Gebrauch zu einer Cocainistin entwickelt. Daneben kam es zu Gemüthsreizbarkeit, Gedankenflucht, Schlafmangel, hallucinatorischen Anklängen, quälenden Störungen des Gemeingefühls, Pupillenerweiterung, Neigung zu Cardialgien. Entziehungscur unter reichlichem Gebrauch von Wein und Chinin.

LANDGRAF.

9) **Silbermann. Klinisches und Experimentelles über Carbolsäurevergiftung und ihre Einwirkung auf die Athmungsorgane.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. 1895. No. 41.*

Nichts von besonderem Interesse für die Laryngologie. LANDGRAF.

10) **J. Rohrer** (Zürich). **Die Intoxicationen, speciell die Arzneiintoxicationen in ihrer Beziehung zu Nase, Rachen und Ohr.** Klin. Vortr. von Rud. Haug. I. 3. 1895.

R. bespricht in seiner Arbeit die Einwirkung der verschiedensten Gifte auf den Gesammtorganismus sowohl wie ihre örtliche Wirkung; er behandelt die ätzenden Gifte, Parenchymgifte (Phosphor, Arsen, Jod u. a.), Blutgifte (CO, Cyan u. s. w.), Nervengifte (Chloroform, Nicotin, Alkohol, Chloral, Cocain etc.), Herzgifte (Digitalis, Coffein, Thein u. a.) und schliesslich Thiergifte (Schlangenbiss, Stich von Hornissen, Wespen etc.). Es sind mit grossem Fleisse auch die allgemein wenig bekannten giftigen Substanzen zusammengetragen, so dass manches Interessante in dem Büchlein zu finden ist. Beim Jodkali vermisse ich die Erwähnung des Larynxödems, beim Chinin die gelegentlich beobachtete Erkrankung der Mundschleimhaut. Ueberhaupt sind die Veränderungen des Gehörorgans mit — ich möchte sagen — grösserem Interesse beschrieben als die der oberen Luftwege.

A. ROSENBERG.

11) **J. C. Mulhall. Die Gewohnheit des Cigaretten-Rauchens. (The cigarette habit.)** *N. Y. Med. Journal. 30. November 1895.*

Vortrag, gehalten auf dem 17. Congress der American Laryngol. Association, wird an anderer Stelle referirt. LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **T. Hubbard. Uebersicht über die nasalen Therapeutica. (Review in rhinal therapeutics.)** *Fort Wayne (Ind.) Med. Magazine. März 1895.*

Verf. glaubt, dass nahezu alle Mittel, die local bei Nasenaffectionen zur Verwendung kommen, irritirend und schmerzerregend wirken. Die Allgemeinchirurgen gebrauchen weniger und weniger antiseptische Lösungen, sie suchen vielmehr

den natürlichen Heilungsprocess nachzuahmen. Die oberflächliche Nekrose aber, welche die Antiseptica hervorrufen, verzögert die Heilung. Muss überhaupt eine Lösung gebraucht werden, so rathen die Chirurgen die physiologische Salzlösung an, natürlich sterilisirt. Auch für die Schleimhautbehandlung wäre es an der Zeit, ein rationelleres therapeutisches System zu wählen, das dem vorgeschrittenen Stande unserer Kenntniss von der physiologischen Thätigkeit der Medicamente entspräche.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

13) **J. Horner Coulter. Das verbogene Septum und seine Wiedereinrichtung. (The deflected septum and its repair)** *N. Y. Med. Record. 28. September 1895.*

Der Verf. bespricht zuerst die Aetiologie der Septumverbiegung. Wo aus irgend einem Grunde eine Stenose eintritt, entsteht innerhalb der Nasenhöhle hinter der Stenose bei jedem Athemzug eine Luftverdünnung; es wächst der Druck der äusseren Luft, was bei der fortdauernden Wiederholung von nicht unerheblichem Gewicht ist. Verf. meint sogar, dass diese Kraft geeigneter ist, am knorpligen Septum structurelle Veränderungen hervorzubringen, als eine plötzlich einwirkende heftigere Kraft, da den Effect der letzteren die natürliche Elasticität des Knorpels eher wieder ausgleichen würde.

Danach stellt Verf. die Punkte zusammen, auf deren Beobachtung bei der Operation der Erfolg derselben beruht. Liegt die Deviation weit nach vorn, so ist die Operation und Nachbehandlung sehr viel einfacher. Der nothwendigen Erhaltung der Schleimhaut bei der Operation der Septumdeviation ist erst in den letzten Jahren Aufmerksamkeit geschenkt worden.

LEFFERTS.

14) **Emil Mayer. Deviation der knorpligen Nasenscheidewand und ihre Heilung. (Deviation of the cartilaginous nasal septum; its cure.)** *N. Y. Med. Journal. 14. December 1895.*

Das Interesse der vorliegenden Arbeit liegt in der eingehenden Schilderung der Operation.

LEFFERTS.

15) **Richard d'Aulnay. Schanker der Unterscheidewand der Nase. (Chancre de la sous-cloison du nez.)** *Annal. de dermatol. VI. No. 11. 1895.*

Ein Fall von Schanker der Nase an der mittleren Partie der Unter-Nasenscheidewand; die Diagnose war anfangs ziemlich schwierig, da die Drüsenaffection erst spät eintrat, die Läsion sah einem Furunkel ähnlich. An der weiteren Entwicklung ist nichts besonders Bemerkenswerthes, abgesehen von den excessiv heftigen Kopfschmerzen.

A. CARTAZ.

16) **Carl Biehl. Zur Pathologie der blutenden Septumpolypen.** *Monatsschrift f. Ohrenh. etc. No. 6. 1895.*

Beschreibung zweier Fälle, die sich als cavernöse Angiome erwiesen und bei Frauen in den mittleren Lebensjahren beobachtet wurden. Beide Male sassen die Geschwülste an der rechten Seite des Septum knapp am Naseneingang. Die klinische Erscheinung rechtfertigt den Namen durchaus, nicht aber das mikroskopische Bild, das sehr verschieden sein kann.

SCHECH.

17) **Jonathan Wright. Wirkliches Papillom oder papilläres Fibrom der Nasenscheidewand. (A true papilloma or papillary fibroma of the nasal septum.)** *N. Y. Med. Journal. 14. December 1895.*

Vortrag gehalten auf dem 17. Congress der American Laryngological Association, Referat folgt im Verhandlungsbericht. LEFFERTS.

18) **Arslan** (Padua). **Beitrag zum Studium der Nasenscheidewandgeschwülste. (Contributo allo studio dei tumori del setto nasale.)** *Arch. ital. d'Otologia. 1895. No. 1.*

I. Fall. Grosses „Angio-fibro-sarkom der linken Seite des Nasenseptums", beobachtet bei einem 63jährigen Manne. Nasenverstopfung, Blutungen, Hervortreibung der Regio zygomatica und des unteren Lides, mit starker Reizung der Conjunctiva. Bei der Rhinoskopia ant. die ganze linke Nasenhöhle durch eine grau-röthliche, leicht blutende, etwas von aussen vorne nach innen hinten bewegliche Geschwulst ausgefüllt. Abtragung mit der galvanokaustischen Schlinge. Nach einigen Monaten Recidiv. Entfernung durch eine grössere chirurgische Operation von aussen (Prof. Bassini). Tod nach weiteren 3 Monaten mit cerebralen Erscheinungen.

II. Fall. Fibrosarkom rechts. 26jährige Bäuerin. Haselnussgrosse, fleischrothe, ziemlich harte, breitbasig an der Cartil. quadrang. inserirte, nicht blutende Geschwulst. Abtragung mit der glühenden Schlinge. Heilung ohne Recidiv.

III. Fall. Geschwulst, theils aus fibrösem, theils aus adenoidem Gewebe zusammengesetzt, inserirt an der Vereinigungsstelle zwischen Septum cartilagineum und osseum. Heilung nach Abtragung mit der Glühschlinge.

IV. Fall. Einfaches entzündliches Granulom rechts. Rothe, erbsengrosse, gestielte, am oberen Theil der Cartil. quadrang. inserirte, leicht blutende Geschwulst, deren Entstehung auf eine acute Rhinitis zurückgeführt wird. Abtragung durch die kalte Schlinge. TOTI.

19) **Strazza** (Genua). **Beitrag zur Casuistik der Nasenseptumgeschwülste. (Contributo alla casuistica dei tumori del setto nasale.)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1895. No. 3.*

I. Fall. Cavernom, bei einer 62jährigen Frau. Abtragung mit der Schlinge. Heftige Blutung. Tamponade. Nachträgliche Behandlung durch Elektrolyse. Vollständige Heilung nach einigen Monaten constatirt.

II. Fall. Epitheliom bei einem 17jährigen Mann. Exstirpation durch einen Chirurgen. Nach 3 Monaten Recidiv. Keine weitere Behandlung.

Es folgen der Beschreibung interessante klinische und pathologisch-anatomische Betrachtungen, die im Original gelesen zu werden verdienen. TOTI.

20) **P. Hélat. Die Electrolyse bei Tumoren der Nasenscheidewand und bei Hyperplasien der Riechschleimhaut. (De l'electrolyse des tumeurs de la cloison du nez et des hyperplasies de la pituitaire.)** *Annales des malad. de l'oreille. No. 3. März 1895.*

Verf. rühmt die Elektrolyse als ein mildes, den Patienten wenig beunruhigen-

des Behandlungsmittel. Er bespricht die Technik dieser Therapie, die Stärke und Dauer des Stromes u. s. w. Er erklärt schliesslich, dass er die Elektrolyse der Galvanokaustik vorzieht.

E. J. MOURE.

21) **P. Tissier. Die Vibrationsmassage in der Rhinologie. (Le massage vibratoire en rhinologie.)** *Annal. des malad. de l'oreille etc. No. 4. April 1895.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die Geschichte und die Technik der Vibrationsmassage und bespricht dann die verschiedenen Krankheiten, bei denen er diese Behandlungsmethode erprobt hat. Er kommt zu dem Schluss, dass man ebenso wenig ihre Wirksamkeit leugnen kann, wie man andererseits in ihr keine allgemeine Panacée erblicken darf, man muss die geeigneten Fälle für diese Therapie heraussuchen und wird dann vortreffliche Resultate mit ihr erzielen.

E. J. MOURE.

22) **M. Lermoyez. Die allgemeine Technik der intra-nasalen Operationen. (Technique générale des operations intra-nasales.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 3. März 1895.*

Der Verf. giebt eine Reihe von Rathschlägen, deren Befolgung intranasalen Eingriffen einen guten Verlauf sichern soll. Seine Empfehlungen bezüglich der Technik theilt er in 1. Maassnahmen, die vor der Operation, 2. die während der Operation und 3. die nach der Operation zu treffen sind.

E. J. MOURE.

23) **Ziem. Ueber die Bedingungen des Eintritts von Flüssigkeit in die Tuba Eustachii beim Durchspülen der Nase und über eine neue Druckpumpe. (Sur les conditions de pénétration de la trompe d'Eustache par les lavages du nez et sur une nouvelle pompe foulante.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 3. März 1895.*

Verf. giebt der Ansicht Ausdruck, dass die Nasendouchen selbst bei vorhandenem Druck ohne Gefahr sind. Wo Zufälle vorkommen, besteht entweder eine Gegenöffnung durch Perforation des Trommelfells oder aber mit dem Wasser zugleich dringt Luft in die Nasenwege ein. Verf. beschreibt eine von ihm construirte hermetisch geschlossene Druckpumpe, die den letzteren Uebelstand unmöglich macht.

E. J. MOURE.

24) **W. T. Cathell. Neue Studien über nasale und postnasale Verstopfung. (Recent studies on nasal and postnasal obstruction.)** *Maryland Med. Journal. 13. April 1895.*

Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

25) **Monbouyran. Die selteneren Geschwülste des Nasenrachenraums; eine klinische und therapeutische Studie. (Les tumeurs rares du naso-pharynx. Etude clinique et therapeutique.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Eine klinische Abhandlung über die hauptsächlichsten gutartigen und malignen Geschwülste, die man im Nasenrachenraum antrifft; nichts Besonderes.

A. CARTAZ.

26) **Made. Magnus. Klinische Studie über die Adenoidgeschwülste, ihre chirurgische Behandlung und die Ergebnisse ihrer Operation. (Etude clinique des tumeurs adenoides, leur traitement chirurgical, résultats post-opératoires.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Original sind in der Arbeit nur die Messungen an den operirten Kindern, welche den günstigen Einfluss der Operation auf das Wachthum, das Gewicht der Kinder und die Grösse des Brustumfanges erweisen sollen. A. CARTAZ.

27) **P. Mc Bride. Adenoide Vegetationen bei Kindern. (Adenoid growths in children.)** *Lancet. 1. Juni 1895.*

Eine Erwiderung auf die in der Arbeit von Eustace Smith (Lancet 25. Mai 1895) ausgesprochene Behauptung, dass die Vegetationen die Ursache von laryngealen Krämpfen bei Kindern seien. Verf. verlangt statistische Belege; die Krämpfe sind nach seiner Meinung cerebralen Ursprungs.

ADOLPH BRONNER.

28) **E. Smith. Adenoide Vegetationen bei Kindern. (Adenoid growths in children.)** *Lancet. 8. Juni 1895.*

In einer Erwiderung auf Mc Bride's Einwand (Lancet 1. Juni 1895) giebt Smith zu, dass er keine Erfahrungen darüber habe, ob die Vegetationen die Ursache von laryngealen Krämpfen bei Kindern sind; jedenfalls sind sie nicht in allen Fällen die Ursache derselben. Er habe sich auf die Arbeit von Robertson verlassen. ADOLPH BRONNFR.

29) **J. Clarke. Adenoide Vegetationen bei Kindern. (Adenoid growths in children.)** *Lancet. 22. Juni 1895.*

In einem Falle von Laryngismus stridulus bei einem Kinde von 4 Monaten waren Vegetationen vorhanden. Diese wurden entfernt, der Laryngismus dauerte aber noch 4 Monate an.

In demselben Blatt macht Lennox Browne darauf aufmerksam, dass er schon im Jahre 1878 in seinem Lehrbuche darauf hingewiesen hat, dass die Vegetationen bei Kindern die Ursache von verschiedenen Reflexsymptomen seien.

ADOLPH BRONNER.

30) **F. Helme. Entzündungen adenoider Wucherungen. (Des adenoidites.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 8. August 1895.*

Verf. bespricht die interessante Frage, wann man adenoide Vegetationen operiren und wann man sie medicamentös behandeln soll. Er stellt dabei den pathologischen Begriff der Adenoiditis auf und warnt vor Verwechslung acuter Anfälle dieser Entzündung, die vorübergehend die nasale Athmung der Kinder behindern, mit der echten Hypertrophie des adenoiden Gewebes, die eine dauernde Behinderung darstellt, die erstere ist medicamentöser Behandlung zugänglich, die letztere dagegen erfordert chirurgischen Eingiff. E. J. MOURE.

31) **Broca. Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraums. (Végètations adénoides du naso-pharynx.)** *9. Französ. Congress für Chirurgie. Paris. Octob. 1895.*

B. hat über 500 Fälle von adenoiden Wucherungen operirt. Bei Kindern

unter 1 Jahr bedient er sich der Zange, bei den anderen der Curette. Er glaubt nicht, dass diese Wucherungen so häufig tuberkulöser Natur sind, als Dieulafoy dies annimmt. Unter 100 histologisch untersuchten Fällen konnte er nicht einmal Tuberkulose constatiren. Die Recidive muss man durch die Entwicklung stehen gebliebener Fragmente erklären. A. CARTAZ.

32) **J. C. Evans. Adenoide Geschwülste des Nasenrachenraums. (Adenoid growths of the naso-pharynx.)** *Med. Record. N. Y. 31. August 1895.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

33) **Thomas Barr. Die Behandlung der adenoiden Vegetationen im Nasopharynx. (The treatment of adenoid growths in the naso-pharynx.)** *Lancet. 14. September 1895.*

Ein Vortrag in der Klinik; derselbe wird an anderer Stelle referirt. Kurze Beschreibung der verschiedenen Operationsmethoden. ADOLPH BRONNER.

34) **J. Solis Cohen. Lymphoide Hypertrophie an der Rachenwölbung — sogenannte adenoide Vegetationen: ihre Beziehung zum Nasenrachencatarrh. (Lymphoid hypertrophies at the vault of the pharynx — so called adenoids: their relation to rhino-pharyngeal catarrh.)** *N. Y. Med. Record. 9. Nov. 1895.*

Behandelt wurde mit Adstringentien, Causticis, Electrolyse, Cauterisation, Exstirpation mittelst Ringmesser, Zange, Schlinge und Finger. Verf. zog im Allgemeinen den Gebrauch der Zange vor. Das hypertrophische Gewebe wurde entfernt und bei der Operation doch die Möglichkeit des Erstickens durch in den Kehlkopf herabfallende Theile, wie dies in ein paar Fällen vorgekommen ist, vermieden. Lässt sich die Masse mit der Zange nicht leicht losreissen, so kann man mit derselben Drehbewegungen ausführen. Blutungen waren verschwindend selten. Locale Nachbehandlung war überflüssig, doch wurden in einzelnen Fällen adstringirende und kaustische Applicationen vorgenommen. Wo wiederholte Operationen erforderlich sind, soll eine genügende Zwischenzeit bleiben, dass die entzündlichen Reizerscheinungen erst ganz schwinden, da sonst Otitis media eintreten kann. Die Narkose wandte Verf. gewöhnlich nicht an; bei nervösen Patienten machte er jedoch eine Ausnahme. Es ist nicht wichtig, dass auch alles Gewebe abgetragen wird; nur die Hyperplasie soll beseitigt werden; hat doch das lymphoide Gewebe, wie jedes andere, seine Function, die nach völliger Zerstörung des Gewebes ausfallen würde. LEFFERTS.

35) **Howard S. Straight. Ein Fall von Kopfschmerz infolge von adenoiden Wucherungen. (A case of headache due to adenoid growths.)** *Philad. Med. News. 9. November 1895.*

An den adenoiden Wucherungen war nach Grösse und Beschaffenheit nichts Ungewöhnliches. Der Knabe litt an den Kopfschmerzen erst seit 3 Jahren: die adenoiden Vegetationen haben aller Wahrscheinlichkeit nach sehr viel länger bestanden und waren wohl auch nie grösser gewesen als zur Zeit ihrer Exstirpation. Warum sie den Kopfschmerz erst seit 3 Jahren verursachten, bleibt fraglich.

LEFFERTS.

36) **Redactionelle Bemerkung. Adenoide Wucherungen. (Adenoid growths.)** *N. Y. Med. Record. 16. November 1895.*

Reflectorische Kehlkopfkrämpfe und ein croupähnlicher Zustand werden oft durch Reizung infolge des Druckes solcher Wucherungen verursacht, auch allgemeine Krämpfe, Asthmaanfälle, Taubheit u. s. w. sind als Complicationen adenoider Wucherungen bekannt. LEFFERTS.

37) **A. Larsen. Ueber die Chloroformnarkose bei der Operation adenoider Vegetationen. (Om Kloroformnarkose ved Operationer for adenoide Vegetationer.)** *Hospitals-Tidende. 1894. S. 968.*

Verf. empfiehlt die Narkose. SCHMIEGELOW.

38) **H. Mygind. Bemerkungen zu dem Artikel von Dr. Arnold Larsen über die Chloroformnarkose bei Operationen adenoider Vegetationen. (Bemärkninger i Anledning af Dr. Arnold Larsens Artikel om Kloroformnarkose ved Operationer for adenoide Vegetationer.)** *Hosp. Tid. 1894. S. 971.*

Warnung vor der Anwendung der Chloroformnarkose, und Erwähnung mehrerer aus der Literatur gesammelter Fälle von Tod während solcher Operationen. SCHMIEGELOW.

39) **W. P. Brandeger. Eine neue Zange für adenoide Vegetationen. (A new adenoid forceps.)** *N. Y. Med. Record. 3. August 1895.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

c. Mundrachenhöhle.

40) **P. Thimm. Ueber Makrocheilie, bedingt durch syphilitische Erkrankung der Lippenschleimdrüsen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 24.*

Verf. fand in der Literatur 7 Fälle von Makrocheilie. 5 hat v. Volkmann beschrieben, hier war stets die Unterlippe erkrankt, 1 Fall E. Fränkel, 1 Fall Wright.

Bei dem vom Verf. in Joseph's Hautklinik beobachteten Fall begann die Erkrankung bei einer 55jährigen Frau mit syphilitischen Antecedentien an der Oberlippe und setzte sich dann auf die Unterlippe fort. Beide Lippen dick, Schleimhaut nicht verändert, in ihr erweiterte Drüsenausführungsgangöffnungen, aus denen sich auf Druck kleine Tröpfchen wasserklarer Flüssigkeit entleeren. Man fühlt in den Lippen eine grosse Menge hanfkorn- bis erbsengrosser nicht schmerzhafter Tumoren. Eine indolente Drüse oberhalb des rechten Nasenflügels. Schleimhaut des Mundes nicht entzündet.

Prompte Heilung auf Jodkali.

Verf. sieht in dem Krankheitsprocess eine specifische Erkrankung der Lippenschleimdrüsen, die er den von J. Neumann beschriebenen Erkrankungen der Parotis und Sublingualis an die Seite stellte. LANDGRAF.

41) **Grana. Hygiene des Mundes im normalen Zustande und bei der Prophylaxe der Infectionskrankheiten. (Igiene della bocca nelle condizioni normali e nella profilassi delle malattie infettive.)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1895. No. 6—7.*

Nichts Neues. TOTI.

42) **Ritter. Ueber die Nothwendigkeit einer höheren Würdigung der Zahn- und Mundhygiene.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 23.*

Der Verf., Zahnarzt, betont die Nothwendigkeit der Zahnpflege in Sonderheit auch bei Syphilis und in der Schwangerschaft. Von 637 untersuchten Personen hatten nur 41 gesunden Mund und gesunde Zähne. LANDGRAF.

43) **Guye. Die Bildung von Speichelsteinen über den unteren Schneidezähnen verursacht durch habituelle Mundathmung. (On the formation of salivary calculus over the inferior incisivs caused by habitual mouth-breathing.)** *Journal of Laryngology. Juli 1895.*

Ein Vortrag gehalten auf dem holländischen medicinischen Congress, Abbildung. Wird an anderer Stelle referirt. ADOLPH BRONNER.

44) **Montagnon. Speichelstein im Wharton'schen Gang. (Calcul salivaire du canal de Wharton.)** *Loire méd. 15. November 1895.*

Der Kranke bekam ohne ersichtliche Ursache Schmerzen an der Kieferseite mit Anschwellung der Backe und fast vollständiger Kieferklemme. Es wurde zuerst an einen phlegmonösen Abscess als Folge von Zahn-Periostitis gedacht. Nachdem aber die Schwellung auf warme Umschläge zurückgegangen war und der Mund geöffnet werden konnte, constatirte man in der Backe im Verlauf des Ductus Whartonianus einen harten Tumor; man incidirte und fand einen klein-olivengrossen Speichelstein. Der Kranke entsann sich daraufhin, dass er früher von Zeit zu Zeit beim Essen eine Behinderung im Kauen mit reichlicher Speichelentleerung gehabt habe. A. CARTAZ.

45) **Lindemann. Zur Diagnose der Speichelsteine.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 41.*

Eine 50jährige Frau hatte seit etwa 8 Monaten eine stetig wachsende Geschwulst unter der Zunge bemerkt, zu der sich Lymphdrüsenanschwellungen gesellten. Es war Verdacht auf malignen Tumor begründet. Die Diagnose wurde gestellt, als der Arzt mit Pravaz'scher Spritze eine Probepunction machen wollte.

LANDGRAF.

46) **C. N. Dowd. Epitheliom des Munddachs. (Epithelioma of the roof of the mouth.)** *N. Y. Med. Record. 23. November 1895.*

Vorstellung des 50jährigen Patienten, den Verf. operirt hat; entfernt wurden die Zähne, die Alveolarfortsätze und ein erheblicher Theil des Munddachs am rechten Oberkiefer wegen ausgedehnter epitheliomatöser Erkrankung dieser Theile. Die Operation liegt 15 Monate zurück, Patient ist seither vollständig wohl. Es ist eine kleine Perforationsöffnung zur Nase hin zurückgeblieben, die der Patient mit Watte verschliesst und von der er weiter nicht belästigt wird. LEFFERTS.

47. **Frederick Peterson. Deformitäten des harten Gaumens bei Degenerirten, mit Vorlegung von Abgüssen. (Deformities of the hard palate in degenerates with exhibition of casts.)** *N. Y. Med. Record. 23. November 1895.*

Verf.'s Beobachtungen erstrecken sich über eine Zeit von 11 Jahren und umfassen weit über 1000 Personen, darunter 100 Verbrecher, 600 Idioten und 300 Neuropathiker anderer Art. Wegen der häufigen Heranziehung der gothischen Gaumenform hat der Verf. auch sonst Namen aus der Architectur gewählt; er unterscheidet folgende pathologische Gaumenformen: a) der Gaumen mit gothischem Bogen; b) mit Hufeisenform: c) der domförmige Gaumen; d) der flache Gaumen; e) der holländisch-dachförmige Gaumen (hip-roofed palate); f) der asymmetrische Gaumen und g) der Torus palatinus.

Zur Illustration der verschiedenen Formen legt Verf. 17 Abgüsse von harten Gaumen vor. Die 7 Varietäten sind nur als Typen zu betrachten, jeder Typus hat wieder seine Variationen und Combinationen mit anderen Formen.

Nur 2 oder 3 gespaltene Gaumen wurden unter den zahlreichen Idioten gefunden; da ferner eine ganze Anzahl von Gaumenspalten bei Personen gefunden wurden, die nichts weniger als degenerirt waren, so erscheint es nicht als berechtigt, die Spaltung des Gaumens unter die Stigmata der Degeneration aufzunehmen.

LEFFERTS.

48) **Walter** (Charlottenburg). **Seltener Verlauf eines tuberculösen Gaumengeschwürs.** *Therap. Monatsh. 1895. Februar.*

Bei einem Phthisiker entwickelte sich an der einem extrahirten Zahne entsprechenden Alveole ein tuberkulöses Geschwür, das zur Perforation des harten Gaumens geführt hatte, so dass man vom Munde aus in die Highmorshöhle ohne weiteres hineinsehen konnte.

A. ROSENBERG.

49) **Lapalle. Substanzverlust im rechten vorderen Gaumenbogen. (Perte de substance du pilier antérieur droit du voile du palais.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 3. März 1895.*

Der Autor beschreibt einen Fall von Substanzverlust im rechten vorderen Gaumenbogen; er hält den Defect in seinem Falle für erworben, nicht für angeboren.

E. J. MOURE.

50) **John Morgan** (London). **Hasenscharte, Gaumenspalte etc. (Harelip, cleft palate etc.)** *British Medical Journal. 30. November 1895.*

Demonstration eines $3^1/_2$jährigen Knaben am 22. November 1895, vor der Clinical Society of London, welcher ausser den im Titel genannten Missbildungen zahlreiche andere (mangelnde Entwicklung der linken Gesichtshälfte, anomale Bildung des linken äusseren Ohrs, Missbildung der Haut, Hypertrophie des rechten Trapezius, Rotation eines Halswirbels etc.) aufwies. Operative Maassregeln wurden in Aussicht genommen.

SEMON.

51) **Edmund Owen. Die operative Behandlung der Gaumenspalte. (Operative treatment of cleft palate.)** *British Medical Journal. 30. November 1895.*

Wie der Titel besagt, war die Natur dieses am 25. November 1895 vor der

Medical Society of London gehaltenen Vortrags sowie der ihm folgenden Discussion von ausschliesslich chirurgischem Interesse, und zum Bericht im Centralblatt nicht geeignet. SEMON.

52) **Robert Fullerton. Ein ungewöhnlicher Zustand des Schlundes. (An unusual condition of the fauces.)** *Glasgow Medical Chirurgical Society. 8. Februar 1895.*

Es bestand eine längliche ovale Oeffnung in dem äusseren Theil jedes der vorderen Gaumenbögen, die rechte etwas grösser als die linke, beide von der Basis des Zäpfchens bis fast zum Ansatz an die Zunge reichend. Der rechte hintere Gaumenbogen war durch eine Schleimhautfalte angedeutet, der linke und beiderseits die Tonsillen fehlten. Die Ränder beider Oeffnungen waren glatt und weich, nirgends eine Spur von Narbengewebe. Im Pharynx war die Schleimhaut zum grösseren Theil zerstört.

Die Patientin, eine gesunde Frau von 29 Jahren, hatte als Kind Scharlach und vor ca. 11 Monaten eine catarrhalische Affection des Halses gehabt. Von Syphilis in der Anamnese nichts festzustellen.

In der Discussion, die sich anschloss, wurde die Möglichkeit des syphilitischen oder scarlatinösen Ursprungs der Affection erörtert; Fullerton selbst sprach sich für den congenitalen Ursprung aus. A. LOGAN TURNER (P. M'BRIDE).

53) **O. Lendrop** (Kopenhagen). **Ueber Spondylitis der obersten Halswirbel im Kindesalter. (Om Spondylitis af de överste Halshvirvler i Barnealderen.)** *Hospitals-Tidende. 1895. No. 29—32.*

Verf. theilt 10 Fälle von Hals-Spondylitis im Kindesalter mit. Die Arbeit ist hauptsächlich für Kinderärzte geschrieben, hat aber insofern auch Interesse für die Laryngologen, als es bisweilen unmöglich ist sogleich zu bestimmen, ob ein Retropharyngealabscess als spontaner oder als Senkungsabscess von einem erkrankten Halswirbel aus zu betrachten ist. SCHMIEGELOW.

d. Diphtheritis und Croup.

54) **Tochtermann** (Magdeburg). **Ein aus Blutserum gewonnener sterilisirbarer Nährboden, zugleich ein Beitrag zur Frühdiagnose der Diphtherie.** *Centralbl. f. innere Medicin. 40. 1895.*

Man bereitet unter Zusatz von 1 pCt. Pepton, $^1/_2$ pCt. Kochsalz, eventuell 0,3—0,5 pCt. Traubenzucker, eine 2proc. wässerige Agarlösung, filtrirt, kocht sie $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde mit Hammelblutserum zu gleichen Theilen oder im Verhältniss von 3 Serum zu 2 Agar. Das Filtrat wird in Reagensgläser gefüllt und in der üblichen Weise sterilisirt. Es zeigte sich, dass die das Wachsthum der Diphtheriebacillen begünstigenden Eigenschaften des Serums durch einmaliges Kochen nicht zerstört wurden. Nach 24 Stunden findet man auf solchem Nährmaterial die Diphtheriekolonie sehr gut entwickelt, es gelingt aber auch schon viel früher, nach 12—8 Stunden die Diphtherie mit Sicherheit zu diagnosticiren. SEIFERT.

55) **Aaser** (Christiania). **Zur Frage der Bedeutung des Auftretens der Löfflerschen Diphtheriebacillen bei scheinbar gesunden Menschen.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1895. No. 22.*

In einer Kaserne war Diphtherie vorgekommen, die trotz Isolirung der Erkrankten und energischer Desinfection nicht zu bannen war. Man untersuchte die 89 anscheinend noch gesunden Insassen und fand bei 17 = 19 pCt. virulente Diphtheriebacillen im Schlunde. 3 von diesen erkrankten noch später, die übrigen blieben gesund, doch war ihre Schlundschleimhaut 3—4 Wochen lang stark geröthet.

LANDGRAF.

56) **Schottmüller** (Greifswald). **Ein Fall von Wunddiphtherie mit Diphtheriebacillen bei gleichzeitigem Vorhandensein von Diphtheriebacillen im gesunden Rachen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 17.*

Der Fall soll beweisen, dass durchaus nicht immer durch die Anwesenheit von echten Diphtheriebacillen im Rachen ein diphtherischer Process erzeugt werden muss.

LANDGRAF.

57) **Beck u. Slapa** (Krakau). **Ueber den Einfluss des Diphtheriegiftes auf den Kreislauf.** *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 18.*

Es wurde Thieren in die Vena jugularis sehr virulente Diphtheriebacillencultur eingespritzt; jedoch zeigte sich in den folgenden Stunden kein Einfluss auf den Kreislauf. Dagegen trat sehr kurze Zeit vor dem Tode, der infolge subcutaner Einspritzung von hochvirulenten Culturen oder Toxinen 24 Stunden später erfolgte, Unregelmässigkeit der Herzaction und Sinken des Blutdruckes ein. Constatirt wurde dies durch ein in die Carotis eingeführtes Manometer. Um dem Einwande zuvorzukommen, dass das Aufbinden der Thiere und die zur Einbindung des Manometers nöthige Procedur den Tod der schon geschwächten Thiere durch Herzschwäche herbeiführte, wurde einigen injicirten Thieren auch Antitoxin eingespritzt; diese ertrugen die Procedur ganz gut.

Das Diphtheriegift bewirkt also keine Störungen des Kreislaufes während der ersten Stunden; erst circa eine halbe Stunde vor dem Tode (dessen Eintritt man nach der Virulenz der Mischung und dem Gewichte des Thieres genau reguliren kann) fällt der Blutdruck plötzlich in Folge rapid eintretender Herzlähmung. Den Tod kann weder künstliche Athmung nach Unterbindung der Aorta unter dem Zwerchfelle hinausschieben, ein Beweis, dass es sich um primäre Herzlähmung handelt. Wahrscheinlich wird diese bedingt durch Ernährungsstörungen in den nervösen Herzcentren selbst, da Muskellähmungen nicht so schnell und unvermittelt auftreten könnten.

CHIARI.

58) **L. Gallez** (Chatelet). **Thier- und Menschendiphtheritis. (Diphthérie animale et diphthérie humaine.)** *Bulletin de l'Acad. Roy. de Méd. de Belgique. No. 4. 1895.*

Die Arbeit zerfällt in 3 Theile; der 1. behandelt die Bakteriologie a) beim Menschen, b) bei den Thieren; der 2. die Symptomologie und im 3. werden Beobachtungen mitgetheilt a) von Uebertragung menschlischer Diphtheritis auf das Thier;

b) von Uebertragung menschlicher Diphtheritis auf Thiere mit Rückübertragung auf den Menschen und c) von Uebertragung der Diphtheritis auf den Menschen.

Nach dem Autor darf die Identitätsfrage der Menschen- und Thierdiphtheritis noch nicht definitiv zu Gunsten der Nichtidentität entschieden werden. Er fragt, ob denn die Bakteriologie zu einer solchen Perfection gelangt sei, dass man unbedingt ihre Entscheidungen annehmen müsse, und die klinischen Beobachtungen der Laboratoriumsweisheit den Platz einzuräumen und zu schweigen hätten. Der Autor ist ganz und gar nicht überzeugt, dass die von der Mikrobiologie beigebrachten Beweise zu Gunsten der Differenzirung beider Affectionen absolut unwiderleglich seien. Es sei wünschenswerth, dass die Thierdiphtheritis bakteriologisch vollständiger studirt und ergründet werde, wie dies bei der menschlichen Diphtheritis geschehen: bis dahin sei es verfrüht, das Problem als definitiv gelöst zu betrachten.

BAYER.

59) **Degive. Bericht über Gallez' Arbeit betitelt: Thier- und Menschendiphtheritis. (Rapport de M. Degive sur le travail de M. Léon Gallez portant pour titre: Diphthérie animale et diphthérie humaine.)** *Bullet. de l'Acad. Roy. de Méd. de Belgique. No. 4. 1895.*

Der Berichterstatter schliesst sich ganz der Anschauungsweise des Autors an, dass nämlich die menschliche Diphtheritis in gewissen Fällen Thierdiphtheritis hervorbringen könne und umgekehrt. Es liege Grund genug vor, um sich der Vogeldiphtheritis gegenüber sehr misstrauisch zu verhalten.

BAYER.

60) **W. Williams. Katzen und Diphtheritis. (Cats and diphtheria.)** *British Medical Journal. 13. Juli 1895.*

In drei Fällen von Diphtherie waren die Katzen gleichzeitig erkrankt; woran wird nicht genau beschrieben.

ADOLPH BRONNER.

61) **Th. Hellström** (Stockholm). **Beobachtungen über das Fortbestehen der Diphtheritisbacillen bei den Diphtheritis-Patienten. (Jaktagelser angaaende difteribacillens fortvaro hos difteripatienter.)** Feierschrift d. Dr. F. W. Warfvinge gewidmet. Stockholm. 1894. S. 87.

Die bakteriologische Untersuchung ist nothwendig, um eine sichere Diagnose zu stellen. Die Bakterien können gleichzeitig mit den Membranen aus dem Schlunde verschwinden, aber sie können auch längere Zeit nachher existiren; eine wiederholte bakteriologische Untersuchung ist deshalb nothwendig, um festzustellen, ob im gegebenen Falle der Patient ansteckungsfähig ist oder nicht.

SCHMIEGELOW.

62) **F. G. Novy. Die Aetiologie der Diphtheritis. (Etiology of diphtheria.)** *Phil. Med. News. 13. Juli 1895.*

Der Diphtheriebacillus findet sich bei mehr als 73 Procent der klinisch als echte Diphtherie imponirenden Fälle. Die Bacillen selbst und ihre Gifte erzeugen beim Thiere Erscheinungen, die bei der menschlichen Diphtherie wiedergefunden werden. Die Mortalität der Fälle mit Bacillenbefund ist weit grösser, als die der Fälle ohne Bacillen. Das Serum setzt bei den ersteren Fällen die Sterblichkeit

herab, während es bei den letzteren ohne Effect bleibt. In allem diesem liegt ein voller Beweis dafür, dass „die Ursache der Diphtherie der Diphtheriebacillus ist“ und dass, wo der Loeffler'sche Bacillus bei einer Krankheit sich findet, Diphtherie vorliegt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

63) **H. W. Bettmann. Der gegenwärtige Stand der Diphtheriefrage. (The present status of the diphtheria question.)** *Philad. Med. News. 10. August 1895.*

B. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Statistiken der Krankenhäuser, ohne Kenntniss der Einzelverhältnisse betrachtet, geben leicht zu Irrthümern Anlass. 2. Unter günstigen Verhältnissen behandelt, ist die Diphtherie bei weitem nicht (und selbst in Europa nicht) eine so gefährliche Krankheit, als man gemeinhin annimmt. 3. Die bakteriologische Untersuchung ist auf die erreichten Resultate von hervorragendem Einfluss.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

64) **W. J. Hertzog. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Times and Register. 30. März 1895.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

65) **C. Weidner. Die Diphtheritis: ihre Bakteriologie, Pathologie und Diagnose. (Diphtheria — Bacteriology, Pathology and Diagnosis.)** *Am. Practitioner and News. 13. Juli 1895.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

66) **Fortsetzung der Discussion über die Diphtheritis in der Glasgow Medico-Chirurgical Society im März 1895.** *Glasgow Med. Journ. August 1895.*

Dr. Glaister führt eine Reihe von Statistiken an, welche die Herabsetzung der Mortalität durch die Serumtherapie demonstriren; er betont den grossen Nutzen, den die Diagnose aus der bakteriologischen Untersuchung des Halses zieht. Der nächste Redner, Dr. Coats, sprach über die Frage der Immunität, er ist der Ansicht, dass das Antitoxin nicht das Wachsthum der Bacillen behindert, sondern vielmehr die Wirkung der von ihnen producirten Toxine. Es nahmen noch mehrere andere Mitglieder der Gesellschaft an der weiteren Discussion Theil, die sich über die Aetiologie, Diagnose und Behandlung der Diphtherie verbreitete.

A. LOGAN TURNER (P. MC BRIDE).

67) **Axel Johannesen** (Christiania). **Ueber Immunisirung bei Diphtheritis. (Om Immuniserring ved Difteri.)** *Norsk Mag. for Laeger. 1895. S. 192.*

Hauptsächlich referirende Arbeit.

SCHMIEGELOW.

68) **A. Vogt** (Christiania). **Ueber die bakteriologische Diagnose bei Diphtherie. (Om den bakteriologiske Diagnose ved Difteri.)** *Norsk Magaz. for Laegevid. 1895. S. 184.*

Nichts Neues.

SCHMIEGELOW.

69) **Hecker. Die Diphtheriesterblichkeit in den grösseren Städten Deutschlands und in Wien während der Jahre 1883—1893.** *Münchner med. Wochenschrift. No. 18. 1895.*

Diese rein statistische Arbeit wurde hauptsächlich deshalb unternommen, um später nach allgemeiner Anwendung des Heilserum einen Vergleich zu haben mit der Sterblichkeit vor Einführung dieses Mittels. Das Resultat ist insofern ein merkwürdiges, als sich constatiren lässt, dass bereits jetzt in den grösseren Städten Deutschlands die Sterblichkeit an Diphtherie im Ganzen und Grossen in Abnahme begriffen ist.

SCHECH.

70) **F. Dixey. Statistik der in London 1891—95 durch Diphtheritis verursachten Todesfälle. (Vital statistics of diphtheria in London 1891—95.)** *British Med. Journal. 31. August 1895.*

Der Titel besagt den Inhalt.

ADOLPH BRONNER.

71) **G. Larsen** (Dänemark). **Noch einige Bemerkungen die „chronische Diphtheritis" betreffend. (Endnu et Par Bemärkninger angaaende „kronisk Difteritis".)** *Hospitals-Tidende. 1895. S. 1254. No. 51.*

Nichts Neues.

SCHMIEGELOW.

72) **R. Fitzgerald. Diphtheritis im Puerperium. (Diphtheria in the puerperium.)** *Brit. Med. Journal. 13. Juli 1895.*

Die Hebamme hatte Tonsillitis und wurde fortgeschickt. 9 Tage nach der Entbindung trat ein Schüttelfrost ein und eine Wunde am Damm war mit grauem Belag bedeckt. Besserung.

ADOLPH BRONNER.

73) **Caillé** (New York). **Diphtherie und Croup nach Tonsillotomie. — Bericht eines Falles mit Vorschlägen zur Verhütung ähnlicher schwerer Complicationen.** *Allg. Wiener med. Zeitung. 1895. No. 25.*

Uebersetzt aus „New Yorker Medic. Wochenschrift."

CHIARI.

74) **Goodall** (London). **Ueber Anurie bei Diphtherie.** Uebersetzt aus *The Lancet 1895* in *Allg. Wiener med. Zeitung. 1895. No. 17, 18 u. 19.*

CHIARI.

75) **Ziem. Ein Fall von vorübergehender Aphasie nach Scharlach-Diphtheritis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 6. 1895.*

Mittheilung eines Falles mit Bemerkungen über Aphasie und Behandlung der diphtheritischen Gaumensegellähmung gegen die Verf. Durchspülungen der Nase und des Nasenrachenraumes als Heilmittel empfiehlt.

SCHECH.

76) **D. B. Kyle. Fibrino-plastische Exsudate mit Bericht über 2 bakteriologisch untersuchte Fälle von fibrinoplastischer Rhinitis. (Fibrino-plastic exsudates with reports of 2 cases of laminated fibrino-plastic rhinitis including laboratory investigation.)** *N. Y. Med. Journal. 6. Juli 1895.*

Ausser seinen 2 Krankengeschichten giebt K. ein Resumé über die Literatur

dieser Krankheit. Von 57 publicirten Fällen zeigten 15 den Diphtheriebacillus in virulenter oder abgeschwächter Form, während bei 8 Fällen keine Loeffler'schen Bacillen gefunden wurden. Bei 6 Fällen wurde eine bakteriologische Untersuchung nicht gemacht; bei 28 Fällen fehlen bestimmte Angaben in dieser Hinsicht, die Diagnose stützt sich vollständig auf die klinischen Erscheinungen.

Verf. hält es für das Sicherste, alle Fälle von membranöser Entzündung der oberen Luftwege so zu behandeln, als ob echte Diphtherie vorläge.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

77) **W. H. Woods. Diphtherie des Auges. (Diphtheria of the eye.)** *New Orleans Med. and Surg. Journal. April 1895.*

Verf. bespricht die diphtheritische Conjunctivitis und die postdiphtheritischen Augenstörungen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

78) **E. Fränkel. Demonstration von Präparaten aus dem Gebiete der Rachendiphtherie und Bemerkungen über die Diagnose dieser Erkrankung.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 25.*

Unter den Demonstrationen ist hervorzuheben ein Fall von Diphtherie des Oesophagus und ein fibrinöser Ausguss der Luftwege bei Pneumonie.

Für die Diagnose zweifelhafter Anginafälle hält Fr. nothwendig die Anfertigung von Deckglaspräparaten und die Cultur auf Deyke'schem Nährboden mit Alkalialbuminat. Der praktische Arzt kann sich damit begnügen. Jedenfalls ist frühzeitig Serum zu injiciren.

LANDGRAF.

79) **H. Dessau. Was ist Croup? (What is croup?)** *N. Y. Arch. Pediatrics. Juni 1895.*

Der Ausdruck Croup soll nur für eine pathologische Verengerung des Kehlkopflumens durch Ablagerung eines Exsudats oder einer Pseudomembran auf der Schleimhautoberfläche verwendet werden. Dieser Zustand ist in einem so grossen Theil der Fälle durch Diphtherie verursacht, dass jeder Fall von Croup, bis etwas anderes erwiesen ist, als Diphtherie angesehen werden soll.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

80) **A. Luyten. Der Charakter und die Behandlung von Croup. (Het karakter en de behandeling van croup.)** Amsterdam. Albert de Lange. 1895.

Mehr anspruchsvolle wie bedeutende Abhandlung über Croup. L. vertheidigt die Selbstständigkeit des Krankheitsbildes des Croups namentlich gegen Diphtherie und lobt besonders die „antiplastische, deluirende Wirkung" der Mercurialien, vor Allem des Calomels.

H. BURGER.

81) **W. Bailey. Hygienische Massregeln bei Diphtheritis. (Sanitation in diphtheria.)** *Am. Practitioner and News. 13. Juli 1895.*

Isolirung; Seruminjection und Desinfection.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

82) **C. H. Tebault. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Gaillard's Medical Journal. Juni 1895.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

83) **J. C. Cook. Diagnose und Behandlung der Diphtheritis. (Diagnosis and treatment of diphtheria.)** *Chicago Med. Recorder. März 1895.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

84) **W. D. M'Clure. Diphtheritis; ihre klinische Diagnose und ihre locale Behandlung. (Diphtheria — Clinical diagnosis and local treatment.)** *Americ. Practitioner and News. 13. Juli 1895.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

85) **Andreas v. Takács. Discussion über die Diphtherietherapie.** Gehalten im kgl. ung. Verein der Aerzte zu Budapest. — *Orvosi Hetilap. 1894. 18.*

v. T. weist auf die Nutzlosigkeit der Gargarismen bei der Diphtheriebehandlung hin. Lässt man mit gefärbten Flüssigkeiten gurgeln, so sieht man, dass vom Farbstoffe nur in zwei Fällen von 100 der Farbstoff dort haftet, wo bei der Diphtheriebehandlung das antiseptische Gurgelwasser zu wirken hätte. Einpinselungen seien ebenso wie Insufflationen, welche häufig nur reizend wirken, unzulänglich. Die Empirie gab uns das Kali chloricum zur Hand, welches mit Quecksilberjodür verbunden, innerlich verabreicht sehr gute Dienste leistet. Auf 200 g Wasser werden 4 g Kalichloricum und 4 cg Quecksilberjodür verschrieben, wovon die Kinder stündlich einen Löffel voll nehmen. Bei nachfolgenden Lähmungserscheinungen wendete Verf. innerlich Strychnin und local die Faradisation an. v. NAVRATIL.

86) **S. L. Theard. Behandlung der Diphtheritis. (Treatment of diphtheria.)** *New Orleans Med. and Surg. Journal. April 1895.*

Verf. empfiehlt die combinirte Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd und Serum. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

87) **F. R. Millard. Zur Behandlung der Diphtheritis. (Treatment of diphtheria.)** *Med. and Surg. Reporter (Philad.). 27. April 1895.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

88) **H. Fruitnight. Die Behandlung des Croup mit Calomel-Sublimationen. (The treatment of croup by calomel sublimations.)** *Archives of Pediatrics. N. Y. Juni 1895.*

Eine Beschreibung der Methode, die in dieser Zeitschrift schon mehrfach geschildert worden ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

89) **F. H. Williams** (Boston). **Beobachtungen über die Diagnose der Diphtheritis. (Observations on the diagnosis of diphtheria.)** *Amer. Journal Medical Sciences. August 1895.*

Verf. beschreibt in grosser Ausführlichkeit die Methodik der Behandlung der Diphtherie mit Wasserstoffsuperoxyd. Zum Schluss giebt er eine Statistik über 18 mit Serum behandelte Fälle. A. LOGAN TURNER (P. M'BRIDE).

90) **Olrik** (Dänemark). **Die Anwendung von Phenosalyl bei Diphtheritis. (Anvendelsen af Fenosalyl mod Diphtheritis.)** *Hospitals-Tidende. 31. Juli 1895. S. 799.*

Verf. empfiehlt das Mittel (1 : 100) als Gurgelwasser. SCHMIEGELOW.

91) **Brownlow Martin. Diphtheritis und deren erfolgreiche Behandlung mit Magnesiumsulphit. (Diphtheria and its successful treatment by sulphite of magnesium.)** *Clinical Journal. 14. August 1895.*

Befürwortung dieser Behandlungsmethode. ADOLPH BRONNER.

92) **A. Schiötz** (Dänemark). **161 Fälle von Croup. (161 Tilfälde af Croup.)** *Ugeskrift for Läger. 14. Juni 1895.*

Von den 161 Fällen, die in dem Zeitraume 1892—94 behandelt sind, wurden 108 geheilt, 53 sind gestorben. In 108 Fällen wurde die Tracheotomie (60 Mal superior, 46 Mal inferior) gemacht (Mortalitätsprocent = 46).

SCHMIEGELOW.

93) **Ambrosius** (Hanau). **Bericht über die im Landkrankenhause zu Hanau in der Zeit vom 1. April 1891 bis Ende December 1893 ausgeführten Tracheotomien bei Diphtherie.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 40. Bd. 5. u. 6. Heft. 1895.*

Während dieses Zeitraumes wurden 99 Tracheotomien gemacht, von denen 46 = 46,5 pCt. genasen. Diese Tracheotomien werden zeitlich in 2 Perioden getheilt, deren erste 54 Tracheotomien mit 14—26 pCt. Heilungen, deren zweite 45 Tracheotomien mit 32 = 71 pCt. Heilungen umfasst. Die geringere Sterblichkeit der zweiten Periode ist darauf zurückzuführen, dass wenige Kinder an absteigendem Croup erkrankten. Hiefür glaubt Verf. die Behandlungsmethode beiziehen zu können, die darin bestand, dass nach der Tracheotomie die Trachea mit Sublimat ausgepinselt und der oberhalb der Canüle befindliche Luftröhrenabschnitt mit Jodoformgaze tamponirt wurde. SEIFERT.

94) **Castelain. Chloroform und Tracheotomie. (Chloroforme et tracheotomie.)** *Bulletin méd. du Nord. 23. August 1895.*

C. ist Anhänger der Narkose beim Tracheotomiren selbst für die Fälle von Diphtherie. Er bespricht die Vorsichtsmaassregeln, die man dabei zu treffen hat, und die Art der Anwendung des Chloroforms. A. CARTAZ.

95) **G. Bieser. Ein Bericht über 22 Fälle von Intubation des Kehlkopfs. (A report of 22 cases of intubation of the larynx.)** *Arch. Pediatrics (N. Y.). Januar 1895.*

8 Fälle = 36 pCt. kamen zur Heilung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

96) **J. M. Warner. Bericht über Fälle von Intubation. (Report of intubation cases.)** *N. Y. Med. Record. 31. August 1895.*

Die Fälle — 20 an der Zahl — waren durchweg verzweifelt und würden

ohne Operation alle tödtlich geendet haben; durch die Intubation kamen 6 Fälle zur Heilung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

97) **Louis Bors. Die Intubation des Larynx mit forcirter Dilatation in Dauer von wenigen Minuten wegen diphtheritischer und croupöser Laryngitis. (Intubation with forced dilatation of the larynx lasting only a few minutes for diphtheritic and croupous laryngitis.)** *N. Y. Med. Journal. 29. Juni 1895.*

Die Manipulation ist schmerz- und gefahrlos und dauert nur wenige Minuten. Durch die forcirte Dilatation mittelst der Canüle, die nach der Einführung mehrere Male geöffnet und geschlossen wird, werden die Membranen gegen die Kehlkopfwand gepresst, dadurch in ihrer Dicke verringert und gelockert, so dass sie kurz darauf expectorirt werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

98) **J. J. Tjaarda** (Arnheim). **Ueber Tubage. (Over tubage.)** *„Voordrachten" der Ned. Vereen. voor Paediatrie. III. Heft 2. 1895.*

Mittheilungen über Intubation bei Diphtherie im Arnheim'schen Krankenhause. Nichts Neues.

In der Discussion bemerkt Timmer, der im Amsterdamer Kinderkrankenhause die Intubation sehr oft gemacht hat, dass er weder die Tracheotomie noch die Intubation als die im Allgemeinen bessere Methode rühmen könnte. In drei Fällen, wo sich Membranen in der Luftröhre befanden, erfolgte nach der Intubation der Tod durch Erstickung. T. macht die Intubation in den Fällen, wo keine Pseudo-Membranen vorhanden sind und bei allen sehr jungen Kindern (unter 2 Jahren). In allen anderen Fällen mit lebensgefährlicher Stenose macht er die Tracheotomie. H. BURGER.

99) **van Nes** (Hannover). **Zur Intubation bei Diphtherie.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 42. Bd. 1. u. 2. Heft. 1895.*

Auf der chirurgischen Abtheilung von G. Fischer wurden im Jahre 1894 wegen diphtheritischer Larynxstenose 64 Kinder mit Intubation des Kehlkopfes behandelt. Als souveräne Operation bezeichnet N. die Tracheotomie. Mit der Intubation vermag man in vielen Fällen diphtheritischer Larynxstenose, bei denen die Diphtherie auf Rachen und Kehlkopf beschränkt ist, die einen weit schwereren Eingriff darstellende Tsacheotomie zu umgehen und eine schnellere Heilung zu erzielen. Kinder in den beiden ersten Lebensjahren sind von der Intubation auszuschliessen. Bei den ersten Anzeichen einer Lungenerkrankung ist die Intubation durch die Tracheotomie zu ersetzen. Die Intubation hat sich glänzend bei erschwerter Entfernung der Canüle nach primärer Tracheotomie bewährt. SEIFERT.

100) **Raoul Bayeux** (Paris). **Die Häufigkeit und Gefährlichkeit der Verstopfung der Intubationsröhren beim Croup. Eine neue vor jener Gefahr schützende Methode.** *Médecine moderne. 25. Mai u. 8. Juni 1895.*

Die Bayeux'sche Erfindung erscheint uns als der bedeutendste Fortschritt in der Technik der Intubation seit der ersten O'Dwyer'schen Publication, weil sie die schwere und gefährliche Operation der Extraction aufhebt, und dieselbe durch die leicht auszuführende Methode der Enucleation (Auskernung) ersetzt.

Um diese Vereinfachung zu erreichen, genügte es B., die O'Dwyer'schen Röhren um den grössten Theil ihrer unterhalb der Bauchung gelegenen Länge zu verkürzen und auf diese Weise kurze Röhren herzustellen, welche folgende Vortheile darbieten:

1. Erleichterung der Einführung.
2. Verminderung des Gewichts der Röhren.
3. Bessere Toleranz derselben.
4. Geringere Abkühlung der eingeathmeten Luft.
5. Ersetzung des articulirten O'Dwyer'schen Mandrins durch einen eintheiligen Mandrin (d'une seule pièce).
6. Endlich und vor Allem Ersetzung der Extraction durch die Enucleation.

Bezüglich des letzten Punktes sind einige Erklärungen unentbehrlich. B. macht darauf aufmerksam, dass, wenn man eine seiner verkürzten Röhren zwischen den vorher mit Oel oder Mucus angefeuchteten Daumen und Zeigefinger drückt, man dieselbe auf eine Entfernung von 2 Meter wie einen Kirschkern schleudern kann. Darin besteht das ganze Geheimniss der neuen Methode. Es genügte in der That mittelst des Daumens auf das Ende der im Kehlkopf liegenden Röhre zu drücken (am Verbindungsort des Ringknorpels mit der Trachea), um das Ausstossen derselben zu verwirklichen. Giebt man zu gleicher Zeit Acht, das Gesicht des Kindes nach vorn und unten zu beugen, so vermeidet man das Eindringen des Instrumentes in die Speiseröhre.

Wir brauchen kaum den praktischen Werth einer Erfindung zu betonen, welche die erste beste Wärterin in den Stand setzt, der grossen Gefahr der Erstickung in Folge von Verstopfung der Röhre augenblicklich vorzubeugen.

LUC.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

101) **Grabower. Ueber die in der Med. obl. gelegenen Centren für die Innervation der Kehlkopfmuskeln.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 51.*

Gr. hatte durch Experimente dargethan, dass der Accessorius mit der motorischen Innervation des Kehlkopfs nichts zu thun hat, sondern nur der Vagus. Indem er auf die ausführliche Publication seiner Untersuchungen in Fränkel's Archiv, Bd. II. 2. verweist, will er in dem in der laryng. Gesellsch. gehaltenen Vortrag nur unter Vorlegung der bezüglichen Präparate feststellen, dass im Vorderhorn des Rückenmarks in der Gegend zwischen 3. und 2., noch deutlicher zwischen 2. und 1. Cervicalnerven sich 3 Gruppen von Kernen differenziren. Die beiden ventral gelegenen sind die Kerne der vorderen Wurzeln, der hinter ihnen liegende ist der Accessoriuskern, bestehend aus 10—15 grossen Zellen. Dieser Kern liegt meist in der Mitte des Vorderhorns, rückt aber weiter nach oben dorsal und lateralwärts; man kann ihn verfolgen bis etwa zur Mitte der Pyramidenkreuzung. Dann tritt an seine Stelle der Hypoglossuskern. Der Accessorius ist somit ein rein spinaler Nerv. Gr. hat ferner an den Accessoriuswurzeln Ganglien

gefunden, ein Befund, den er noch näher prüfen will. Für die Accessoriuswurzeln stellte Gr. 2 Verlaufsweisen fest. Der motorische Vaguskern beginnt da, wo die Olive sowie die äussere und vordere Nebenolive bereits entwickelt sind. Er nimmt von unten nach oben an Grösse zu. Vom motorischen Kern gehen markhaltige Nervenfasern in dorso-lateraler Richtung zur austretenden Vaguswurzel. Ein Zusammenhang zwischen dem Accessorius- und dem motorischen Vaguskern existirt nicht.

LANDGRAF.

102) **Cagney** (London). **Ueber die Innervation der Abducteren und Adductoren der Stimmbänder.** *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. VII. 1. 2. 1895.*

Den Grund der Verschiedenheit in der biologischen Zusammensetzung der Kehlkopfmuskeln und Nervenendigungen sowie in den Nervenkernen sucht C. darin, dass das medulläre Centralorgan für die Adduktoren mit einem höheren Rindencentrum in Verbindung steht, das für die Abductoren aber nicht. Dabei sind die Abductoren die stärkeren Muskeln. C. meint nun, gerade sowie Muskeln, die vom corticalen Centrum getrennt sind, z. B. bei Hemiplegie, Seitenstrangsklerose, einen höheren Tonus bekommen, so sei es auch bei den Abductoren, die auch vom Cortex getrennt seien. Die Frage des geringeren Widerstandes der Abductoren organischen Erkrankungen gegenüber erklärt C. dadurch, dass sie nur mit einem, die Adductoren dagegen mit 2 Centren bezw. trophischen Zellen in Verbindung stehen. [Die völlige Hinfälligkeit dieser Hypothese, deren Unhaltbarkeit ich vom allgemeinen Standpunkt schon vor zwei Jahren nachgewiesen habe (vgl. Centralblatt XI, p. 363), ist mittlerweile durch Russell's Entdeckung von Abductorencentren in der Rinde demonstrirt worden. F. S.]

SEIFERT.

103) **Beverley Robinson** (New York). **Aetiologie und Behandlung des Hustens. (Etiology and treatment of cough.)** *Americ. Journal of the Medical Science. November 1895.*

In zahlreichen Fällen musste Verf. den Husten auf die Vergrösserung der Zungentonsille zurückführen; er empfiehlt Salicyl in grossen Dosen neben der localen Therapie.

Auch adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum, die Verf. mit dem Fingernagel auszukratzen räth, wurden als Ursache von Husten erkannt, ferner sensitive Stellen im Nasopharynx und Pharynx u. a. m.

P. MC BRIDE.

104) **Beverley Robinson. Die Behandlung hartnäckigen Hustens. (The treatment of obstinate coughs.)** *N. Y. Med. Record. 16. November 1895.*

Inhaltlich mit vorstehendem Artikel übereinstimmend. Der durch Vergrösserung der Zungentonsille, der reflectorisch von der Nase und dem Rachen aus erzeugte Husten wird besprochen, ferner der Ohr-Husten. Bei Kindern ist ein sehr hartnäckiger, besonders Nachts einsetzender Husten dadurch bedingt, dass verdickte Schleimmassen vom Nasopharynx in den Kehlkopf hinuntertropfen. Die Veränderungen der Schleimhaut der Stimmbänder stehen oft in gar keinem Verhältniss zu der Schwere des Hustens.

LEFFERTS.

105) **W. W. Johnston. Ueber den Keuchhusten; die Schwere der Erkrankung und die Nothwendigkeit von Isolirung und Ruhe bei ihrer Behandlung. (On whooping cough; its great fatality and the necessity for isolation and rest in its treatment.)** *Arch. of Pediatrics. April 1895.*

Verf. betont, dass der Keuchhusten häufig genug letal endigt und, wenn dies nicht der Fall, doch eine ernste Erkrankung ist, die den Patienten schwer leiden lässt. Für die Todesfälle macht er die Aerzte direct verantwortlich; nach dem heutigen Stande unseres Wissens von den Infectionskrankheiten müsse eine ganz neue Aera der Prophylaxe und Therapie dieser Krankheit beginnen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

106) **S. Russell u. L. Carré. Theoretische und praktische Bemerkungen über Keuchhusten und seine Behandlung mit Cocain in 300 Fällen. (Theoretical and practical considerations of whooping cough with an inquiry into the therapeutical value of cocaine in 300 cases.)** *Lancet. 8. Juni 1895.*

Die Ursache des Keuchhustens sieht Verf. in einem Mikroorganismus, der in der Respirationsschleimhaut sich befindet. Der Organismus verursacht den Catarrh, seine Ptomaine den Husten. 0,004 bis 0,06 g Cocain werden 3 mal täglich innerlich gegeben. Nach spätestens 3 Wochen langer Behandlung erfolgt Heilung. Keine Vergiftungserscheinungen, höchstens etwas Diarrhoe.

ADOLPH BRONNER.

107) **J. Jackson. Keuchhusten. (Whooping cough.)** *Lancet. 22. Juni 1895.*

Verf. pinselt die Mündungen der Drüsen an der Unterfläche der Zunge nach jedem Hustenanfall mit Cocain.

ADOLPH BRONNER.

108) **Fischer. Ein weiterer Beitrag zur Chininbehandlung des Keuchhustens.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 33.*

F. plaidirt warm für die Behandlung mit Chinin und zwar 0,01 für den Monat, 0,1 fürs Jahr, grösste Einzeldosis 0,4. Er erwartet Wirkung in höchstens 5 Tagen.

LANDGRAF.

109) **Carpenter. Gegen Keuchhusten. (For whooping cough.)** *Philad. Medic. News. 21. September 1895.*

Rp. Bromoform . . . . 40 Tropfen,
Spirit. rectific. 15,0
Aq. destill. 30,0
Syrup tolut. . . . . . . ad 100,0
M. D. S. 3stch. 1 Theelöffel in Wasser z. n.

LEFFERTS.

110) **A. C. Brush. Kehlkopfkrampf beim Erwachsenen. (Laryngeal spasm in the adult.)** *Brooklyn Med. Journal (N. Y.). März 1895.*

Verf. beschreibt 3 Varietäten. Bei der ersten erfolgt der Krampf nur, wenn in häufiger Wiederholung gewisse Bewegungen der Kehlkopfmuskeln vorgenommen werden; diese Form soll gleich anderen Krämpfen willkürlicher Muskeln den Be-

schäftigungsneurosen zugerechnet werden. Die zweite Form ist weniger selten, als die erste, von der nur 17 Fälle mitgetheilt sind; bei dieser tritt der Krampf beim Versuch zu sprechen ein.

Die dritte Abart ist die gewöhnlichste; ihre Anfälle charakterisiren sich als partieller Glottisschluss durch tonischen Krampf der Schliessmuskeln; diese Form des Krampfes tritt entweder neben oder an Stelle von Anfällen von Krampfasthma auf.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

111) **Merklen. Ein Fall von Ictus laryngis. (Un cas d'ictus laryngé.)** *Bull. Soc. Med. des hôpit. 18. October 1895.*

39jähriger Arbeiter mit altem Bronchialcatarrh und Emphysem klagt, dass er in den letzten 3 Wochen wiederholt nach plötzlichen Hustenanfällen bewusstlos umgefallen sei. Keine Syphilis, ebensowenig Alkoholismus, Hysterie, Epilepsie oder Tabes vorhanden. Im Halse kein Befund. Die Anfälle beginnen mit einem stechenden Kitzel im Kehlkopf, Gefühl der Strangulation und Umfallen mit oder ohne Bewusstsein. Sehr schnelle Besserung (in 2 Tagen) der Anfälle durch Antipyrin 3 g täglich.

M. bespricht die verschiedenen Theorien, die zur Erklärung dieses Leidens seit Charcot aufgestellt sind. Es schliesst sich weder vollständig der Ansicht von Goul an, dass es sich um Circulationsstörungen im Gehirn handele, noch der Anschauung von Armstrong, Cartaz, Ruault von der Hyperexcitabilität der Schleimhaut der oberen Luftwege, die von bulbären Centren abhängig ist. M. glaubt, dass nervöse und Circulationsstörungen gleicherweise eine Rolle spielen.

A. CARTAZ.

112) **Bédos. Der essentielle Ictus laryngis. (De l'ictus laryngé essentiel.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Verf. stellt die verschiedenen Publicationen über diese Krankheit zusammen und kommt zu demselben Schluss, wie Merklen (Soc. méd. des hôpit. 1895), dass der Ictus laryngis auf eine Hemmung nervöser Kehlkopfcentren bezogen werden kann; diese Hemmung wird begünstigt durch die Anämie der nervösen Centralorgane, welche ihrerseits wieder eine Folge der durch Emphysem und Hustenanfälle verschuldeten Cyanose ist. Die Arbeit enthält eine Zusammenstellung von 43 französischen Fällen, darunter 2 eigene Beobachtungen des Verf.'s.

A. CARTAZ.

113) **Treupel. Ueber die Art der Entstehung und die Behandlung hysterischer Motilitätsstörungen im Kehlkopfe.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 52.*

T. definirt die hysterischen Motilitätsstörungen als theils anfallsweise auftretende, kurz dauernde, theils Jahr und Tag bestehende Zustände, welche alle das gemein haben, dass die normaler Weise beim Athmen und Sprechen in zweckmässigem Zusammenwirken sich abspielenden Stimmbandbewegungen unterbrochen bezw. modificirt werden. Centrale Innervationsstörungen können auftreten, wenn die Rindencentren, die in der Medulla gelegenen Kerne und die diese beiden Theile verbindenden Bahnen krankhaft oder überhaupt nicht functioniren. Störungen werden auch zu Stande kommen, wenn der die willkürlichen Stimmbandbewegun-

gen begleitende psychische Vorgang beeinträchtigt ist. Die von den Hysterischen gebotenen Bewegungsstörungen sind nichts anders als jedem Gesunden mögliche und bei genügender Uebung gut ausführbare Modificationen normaler Bewegungen. Der Hysterische unterscheidet sich vom Gesunden dadurch, dass er die gelegentlich angenommenen eigenartigen Bewegungen unter dem Einfluss einer krankhaften Vorstellung beibehält. Deshalb soll man zunächst psychischen Einfluss auf die Kranken zu gewinnen suchen. Daneben sind systematische Stimm- und Athemübungen anzustellen unter Controlle des Spiegels. Natürlich auch Berücksichtigung der sonstigen körperlichen Verhältnisse. Da es sich nicht um „Krampf" und „Lähmung" handle, schlägt T. vor, hysterisches Schlürfen, Tonquetschen, Flüstern, Schweigen und Aehnliches zu gebrauchen.

Es folgt dann eine Polemik gegen die Burger'sche Besprechung der Monographie des Verf.'s: „Die Bewegungsstörungen im Kehlkopf" im Centralblatt, 1895, No. 13, auf die hier einzugehen nicht der Ort, aus der nur hervorzuheben ist, dass T. die Möglichkeit aufrecht hält, dass es bei genügender Uebung gelingen kann, die Kehlkopfmuskeln so zu innerviren, dass das Bild einer vorwiegend einseitigen Lähmung vorgetäuscht wird. [Vgl. hierzu Burger's Antwort. Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 7. Red.] Auch soll es Menschen geben, die ihre durchaus normalen Augen in der sonderbarsten Weise verdrehen und beide Bulbi ganz unconjugirt bewegen können.

LANDGRAF.

114) **N. F. Elzevier Dom** (Schiedam). **Ein Fall von Astasie-Abasie und Mutismus hystericus. (Over een geval van astasie-abasie en mutismus hystericus.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 9. November 1895. II. No. 19.*

Interessante Krankengeschichte einer zwölfjährigen, nervös-erblich belasteten kleinen Patientin, die seit einem Jahre an Anfällen von grande hystérie leidet, welche später eine vollständige Stummheit zurücklassen, die jedesmal durch Faradisation zum Schwinden gebracht wird. In den letzten Monaten folgt den Anfällen ausser der Stummheit eine völlig typische Astasie-abasie. Diese wird durch systematische Uebung geheilt. Mit Recht macht D. auf die Analogie zwischen beiden hysterischen Erscheinungen, dem Mutismus und der Abasie-Astasie aufmerksam. Bei völligem Intactsein von Muskeln und Nerven und bei Abwesenheit von Incoordination, ist bei beiden bloss die gelernte, sehr complicirte Bewegung (das Sprechen resp. das Stehen und Gehen) gestört. Beide werden durch einen hysterischen Anfall ausgelöst und verschwinden wieder bei einem neuen Anfall. Während die Stummheit durch Faradisation geheilt wird, wird die Gehstörung durch dieselbe nicht beeinflusst, und verbessert sich die letztere durch Uebung. Weil die Stummheit eine absolute war und durchaus keine Sprechbewegungen gemacht wurden, so konnten dieselben auch nicht durch Uebung weiter entwickelt werden.

H. BURGER.

115) **M. Mandelstamm. Ein Fall von hysterischer Aphonie. (Un cas d'aphonie hystérique.)** *Annal. des malad. de l'oreille etc. No. 8. August 1895.*

Der interessante Fall betrifft eine Frau von 35 Jahren, die nach einer heftigen psychischen Erschütterung hysterische Symptome bekam. 7 Jahre später bei Gelegenheit einer Erkältung wurde sie plötzlich aphonisch. Der Kehlkopf zeigte

laryngoskopisch normalen Befund; die Stimme kehrte auch nach wenigen Berührungen mit der Kehlkopfsonde wieder. Bei dieser Gelegenheit erörtert M. die Möglichkeit einer Abductorenlähmung hysterischen Ursprungs. E. J. MOURE.

116) **A. B. Thrasher. Reflex Störungen, functionelle oder hysterische Affectionen des Kehlkopfs. (Reflex, functional or hysterical affections of the larynx.)** *St. Louis Med. and Surg. Journal. Juni 1895.*

Verf. bespricht einige reflectorische Ursachen laryngealer Störungen. Ein sehr gewöhnlicher Sitz der Ursprungsläsion ist die Nase. Phthisiker sind häufig aphonisch, nicht sowohl durch Veränderungen im Kehlkopf oder durch Lähmung der Stimmbänder, als vielmehr durch eine Reflexwirkung von der erkrankten Lunge aus. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

117) **Mott** (London). **Pseudobulbärparalyse. (Pseudo bulbar paralysis)** *Brit. Medical Journal. 30. März 1895.*

Mott zeigte beim Meeting der Clinical Society von London vom 22. März einen ältlichen Mann, der vor zwanzig Jahren Krampfanfälle, gefolgt von rechtsseitiger Hemiplegie, gehabt hatte. Die Reflexe waren verstärkt; keine musculäre Atrophie. Seitdem er unter Beobachtung stand, hatten sich die bulbären Symptome verbessert. Bei der Untersuchung des Kehlkopfs zeigte es sich, „dass bei der Inspiration die beiden Seiten der Epiglottis zusammenfielen" („that on inspiration the two sides of the epiglottis fell together." Was damit gemeint ist, weiss der Referent nicht zu sagen). Die Articulation war sehr unvollkommen, und der Patient war in Folge dessen einmal als betrunken bestraft worden. Die Symptome konnten nach Ansicht des Redners die Folge einer Sklerose der Pyramidalstränge sein, welche die Thätigkeit der Centren für die Zunge und Rachen störten.

In der Discussion berichtete Dr. James Taylor einen ähnlichen Fall, in welchem der Patient auch mit sehr eigenthümlicher Stimme sprach. SEMON.

118) **W. Lublinski. Kehlkopflähmungen beim Typhus. (Des paralysies laryngées dans la fièvre typhoide.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 4. April 1895.*

Ein grosser Theil der laryngealen Störungen beim Typhus ist auf eine Stimmbandlähmung zurückzuführen. Der Verf. sah unter dem Einfluss des Abdominaltyphns folgende Formen von Kehlkopflähmung sich entwickeln. 1. Lähmung der Abductoren (1 Fall); 2. Lähmung eines Recurrens (3 Fälle); 3. doppelseitige Recurrenslähmung (1 Fall). Der Verf. giebt in kurzen Worten die Krankengeschichten seiner Fälle; er meint, dass eine häufigere Untersuchung des Larynx der Typhuskranken eine bessere Kenntniss dieser interessanten Affection ermöglichen würde. E. J. MOURE.

119) **Lublinski. Ueber Lähmungen in den oberen Wegen bei Infectionskrankheiten (Typhus abdominalis, Diphtherie, Influenza).** *Deutsche med. Wochenschrift. 1895. No. 26.*

L. hat bei Typhus 6 mal Lähmungen im Kehlkopf beobachtet und zwar Lähmungen des Erweiterer 2 mal, Lähmung eines Recurrens 3 mal, Lähmung

beider Recurrentes 1 mal. Ueber die Lähmungen nach Diphtherie macht L. die interessante Bemerkung, dass dieselben nach Serumbehandlung anscheinend früher als sonst auftreten. Von Lähmungen nach Influenza erwähnt L. eines Falles von Posticuslähmung der linken Seite.

Der Vortrag bringt auch Literaturhinweise und verdient genauere Lectüre.

LANDGRAF.

120) **J. Michael** (Hamburg). **Mediastinaltumor.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1895. No. 25.*

55jähr. Mann, der mit Heiserkeit und Kurzathmigkeit erkrankt war, hatte Lymphdrüsenschwellungen an der linken Halsseite, Verdrängung des Kehlkopfs nach rechts, intensive Dämpfung in der l. oberen Thoraxhälfte, Verdrängung des Herzens nach unten aussen, linksseitige Recurrenslähmung. Der Tumor war ein Rundzellensarcom; beide Recurrentes waren in ihm aufgegangen.

LANDGRAF.

121) **Hans Kohn** (Berlin). **Anthracosis pulmonum mit Stimmbandlähmung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 48. 1895.*

Demonstration eines Präparates im Verein f. inn. Medicin zu Berlin. Im Leben dachte man an einen Mediastinaltumor, während die Section ausgedehnte Anthracosis der Lungenoberlappen, eine schwielige Verwachsung des Nerv. recurrens und N. vagus sin. sowie eine schiefrige, geschrumpfte Bronchialdrüse ergab.

SCHECH.

122) **J. M. Ray. Klinische Beobachtungen über Kehlkopflähmung. (Clinical observations on laryngeal paralysis.)** *Am. Practitioner and News. 29. Juni 1895.*

Krankengeschichten von 6 Fällen. Bei 5 war die Lähmung linksseitig, davon bei 3 durch Aneurysma bedingt. In dem 1. Fall von rechtsseitiger Lähmung war Druck einer carcinomatösen Drüse die wahrscheinliche Ursache. Von den übrigen 2 Fällen war eine eine post-typhöse Lähmung, die andere war nach Grippe aufgetreten. Bei 2 von den Fällen liess sich die Thatsache demonstriren, dass durch starkes Drehen des Kopfes nach der erkrankten Seite die Stimme an Klang gewann und die Sprache erleichtert wurde. Verf. meint, dass durch die Wendung des Kopfes die Gewebe der erkrankten Seite en masse zur Mittellinie des Kehlkopfs hingedrängt werden. Wendet man den Kopf nach der gesunden Seite, so ist die Phonation erschwert. Dieses Symptom kann für die Diagnose verwerthet werden, zumal in Fällen, wo wegen Reizbarkeit die Untersuchung nicht recht ausführbar oder durch locale Entzündungserscheinungen die Diagnose verdunkelt ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

123) **F. Hawkins. Ein Fall von doppelseitiger Lähmung der Abductoren bei einem Tabiker. Asphyxie, Tracheotomie, Genesung. (Case of bilateral paralysis of the crico-arytaenoidei postici associated with tabes dorsalis; asphyxia, tracheotomy, recovery.)** *Lancet. 1. Juni 1895.*

Mann von 44 Jahren. Vor 18 Jahren Syphilis. Seit 4 Jahren Heiserkeit und Husten. Die Tracheotomiecanüle wird getragen. ADOLPH BRONNER.

124) **W. Colman. Vortrag über Stottern und andere Sprachstörungen und deren Behandlung nach physiologischen Grundsätzen. (A lecture on stammering and other impediments of speech, and their treatment in physiological principles.)** *Lancet. 8. Juni 1895.*

Diese Störungen sind spasmodischen Ursprungs oder bedingt durch Unfähigkeit gewisse Laute deutlich auszusprechen. Verf. giebt einige kurze Behandlungsmaassregeln.

ADOLPH BRONNER.

125) **D. Bryson Delavan. Der Einfluss chronischer Halskrankheiten auf gewisse Sprachgebrechen, spec. das Stottern. (The influence of chronic diseases of the throat upon certain defects of speech, especially stammering.)** *N. Y. Med. Journal. 21. September 1895.*

Verf. erhebt die schon von E. Behnke aufgestellte, aber nicht genügend beachtete Forderung, dass bei jedem Fall von Sprachfehler besonders bei stotternden Kindern der Hals genau untersucht werden und der Sprachunterricht nicht begonnen werden soll, ehe nicht im Halse gefundene Veränderungen beseitigt sind. Dabei ist nicht immer eine einfache medicamentöse oder chirurgische Therapie am Platze. Oft handelt es sich nur darum, den paretischen oder schwachen weichen Gaumen zu stärken; dies geschieht durch Elektrisirung, zweckmässige Tonübungen, häufiges Gurgeln mit kaltem Wasser, Blasen durch die geschlossenen Lippen u. a. m. Die Arbeit ist ein Abdruck des auf dem 17. Congress der Americ. laryngolog. Association von D. gehaltenen Vortrags und wird im Versammlungsbericht näher besprochen werden.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

126) **Gaillard** (Paris). **Thyroiditis acuta spontan geheilt**. *Soc. méd. des hôpit. 7. Juni 1895.*

Bei einer 40jährigen Frau trat während der menstrualen Periode in Folge einer Erkältung Anschwellung der rechten Hälfte der Schilddrüse mit Röthe der Haut und Schmerzen auf Druck ein. Sämmtliche Symptome verschwanden spontan nach 6 Tagen.

LUC.

127) **Henle** (Breslau). **Ueber den Echinococcus der Schilddrüse.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 49. 1895.*

Bericht über einen von Mikulicz operirten Fall von Schilddrüsenechinococcus bei einem 18jährigen Dienstmädchen. Aus der Literatur stellt H. noch 17 sichere und 3 zweifelhafte Fälle zusammen.

SEIFERT.

128) **A. S. Ashmead. Bemerkungen über die Aetiologie und natürliche Heilung des Kropfes. (Note on the etiology and natural cure of goitre.)** *N. Y. Med. Journal. 24. August 1895.*

A. macht auf folgende Thatsachen aufmerksam, die er in den Schriften von Forbes über die Aymara's von Bolivia findet. In gewissen Provinzen leiden die

Indianer stark am Kropfe, den die Aymara-Sprache Cetosis benennt. Diese Indianer sind Thon-Esser. Der Thon, den sie Tpassa nennen, enthält kieselsaure Thonerde, Kalk, Magnesia, Eisen- und Mangansalze, Kali, Wasser und organische Substanzen. Man nimmt an, dass der Magen dadurch dilatirt wird und so die Nahrung länger unter der Einwirkung des Magensaftes verbleibt.

Die Indianer gebrauchen seit Langem getrockneten Seetang zur Heilung des Kropfes. Es ist diese Behandlungsmethode die natürliche Form der künstlicheren Jodtherapie, die in Europa im 18. Jahrhundert Eingang fand.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

129) **Mitrowich** (Genève). **Beitrag zum Studium der Enucleation und der theilweisen Exstirpation des Kropfes. (Contribution à l'étude de l'enucleation etc.)** Dissert. Genf bei Taponnier. 1895.

21 Enucleationen, 13 Exstirpationen.

Schlussfolgerungen: Die Enucleation ist immer vorzuziehen, wenn sie möglich ist. Durch sie werden die Nerven viel weniger leicht verletzt. Was unmittelbar und später Folgen der Operation, Recidive, kleinere myxomatöse Manifestationen anbetrifft, so ist zwischen den beiden Methoden kein wesentlicher Unterschied. Wegen der kleineren Zahl der Fälle stellt M. diese Sätze nicht als unfehlbare Behauptungen auf.

JONQUIÈRE.

130) **Dillisheim** (Binningen). **Ueber Morbus Basedowii.** Zürcher Dissertation. Basel, Schweizer Verlagsdruckerei. 1895.

Eine ziemlich umfangreiche trotzdem aber unvollständige Arbeit aus diesem Jahre, indem darin von den neuen ätiologischen Theorien und der auf diese gegründeten neuen chirurgischen Behandlungsweisen, sowie der neuen wirksamen medicamentösen Therapie (Natr. phosphoric.) gar keine Erwähnung gethan ist. Obschon allerdings alle 17 klinischen Fälle der zugehörigen Casuistik aus der Zeit vor jenen Entdeckungen herstammen, so wäre doch manche rückschlüssige Betrachtung anzubringen gewesen.

Ein Symptom des Basedow, das man seltener erwähnt findet, ist hier besprochen, nämlich die verminderte relative Widerstandsfähigkeit der Haut des Basedow-Kranken gegenüber derjenigen der Gesunden wider den elektrischen Strom.

JONQUIÈRE.

131) **L. Barhurst. Ein Fall von Basedow'scher Krankheit combinirt mit idiopathischer Muskelatrophie. (A case of Grave's disease associated with idiopathic muscular atrophy.)** *Lancet. 31. August 1895.*

Der Fall, dessen hauptsächliche Züge im Titel enthalten sind, betrifft einen 20jährigen jungen Mann.

ADOLPH BRONNER.

132) **Abram. Ueber Basedow'sche Krankheit. (On exophthalmic goitre.)** *Lancet. 26. October 1895.*

Vortrag gehalten vor der Liverpool Medical Institution; Discussion.

ADOLPH BRONNER.

133) **J. Durand. Die partielle Thyroidectomie bei der Basedow'schen Krankheit. (De la thyroidectomie partielle dans le goitre exophthalmique.)** *Thèse de Paris. 1895.*

D. erörtert die Natur der Basedow'schen Krankheit und bespricht den Werth ihrer chirurgischen Behandlung. Er giebt der partiellen Thyroidectomie vor der totalen und vor der Exothyropexie den Vorzug; dieselbe weist vorzügliche Resultate auf ohne die Gefahr des operativen Myxödems. Verf. theilt eine nicht publicirte Beobachtung Tuffier's von vollständiger Heilung mit. A. CARTAZ.

134) **Leo Stieglitz. Einige therapeutische Erfahrungen mit Schilddrüsenverfütterung. (Some therapeutic experiences with thyreoid feeding.)** *N. Y. Med. Journal. 4. Mai 1894.*

Die sehr bemerkenswerthen Wirkungen, die man von der Thyroidtherapie bei Myxödem in Bezug auf das Wachsthum der Haare und Nägel sah, bestimmten den Verf. diese Therapie auch in Fällen von eigenthümlicher Erkrankung der Nägel ohne nachweisbare locale Ursache zu versuchen.

Fall I und II, die Verfasser in grosser Ausführlichkeit mittheilt, zeigen, dass auch bei Fehlen von Myxödem die Thyreoidernährung das Wachsthum der Nägel in merkbarer Weise anregt.

Fall III ist eine Sklerodermie, die nach Gebrauch von Schilddrüse heilte. Verf. weist selbst darauf hin, dass diese Krankheit, ähnlich wie die Alopecia areata, bisweilen nach längerem Verlauf sich ohne ersichtliche Ursache bessert und allmälig verschwindet. Trotzdem ist der Fall bemerkenswerth, da er bis zu der Schilddrüsentherapie progredient war, und unmittelbar nach deren Einsetzen die Besserung begann.

Fall IV, eine progressive Gesichtsatrophie, wurde durch die Thyreoidtherapie nicht beeinflusst. LEFFERTS.

135) **v. Noorden** (Frankfurt a. M.). **Beiträge zur Theorie und Praxis der Schilddrüsentherapie bei Fettleibigkeit und Morbus Basedowii.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 1. 1896.*

Die Schilddrüsentabletten erweisen sich nicht in jedem Falle von Fettleibigkeit wirksam, insbesondere nicht in jenen Fällen, welche v. N. als Ueberfütterungsfettsucht bezeichnet. Bei anderen Individuen mit Fettleibigkeit als Folge eines krankhaft verminderten Stoffwechsels der Zellen erreichte die Gewichtsabnahme bei 3 Schiddrüsentabletten p. Tag erhebliche Werthe, 2—3—4 Pfund pro Woche. Der Erfolg der Schilddrüsentherapie ist dadurch unserem Verständniss näher gerückt, als durch die Untersuchungen von Magnus-Levy festgestellt ist, dass die Oxydationsprocesse beim Fettleibigen unter Gebrauch von Schilddrüsentabletten stark in die Höhe gehen.

Des Weiteren bespricht v. N. die Berührungen zwischen Glycosurie bezw. Diabetes einerseits und Fettleibigkeit und Morb. Basedowii andererseits.

SEIFERT.

136) **J. van der Hoeven jr.** (Rotterdam). **Die Anwendung von Glandula thyreoidea bei einigen Hautkrankheiten. (Het gebruik der glandula thyreoidea bij eenige huidziekten.)** *„Voordrachten" der Ned. Vereen. voor Paediatrie. III. Heft 2. 1895.*

In vier Fällen von Psoriasis hatte das Mittel keinen Erfolg. In zwei Fällen von Ichthyosis ward eine auffällige Besserung erhalten. Auch in drei Fällen von Prurigo wurde das Mittel mit grossem Erfolg angewendet. H. BURGER.

137) **Ewald. Myxoedem.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 30.*

Vorstellung einer bereits früher einmal gezeigten Kranken. Bei derselben hatte unter ausserordentlicher Besserung aller Erscheinungen durch den Gebrauch von Thyreoideatabletten sich Zucker im Harn nachweisen lassen. Dieser Mellitus ist geblieben. LANDGRAF.

138) **Strüh** (Chicago). **Zur Behandlung des Myxoedems** *Blätter f. klin. Hydrotherapie. 9. 1895.*

Bei einem 21jährigen Mädchen mit Myxödem erzielte St. durch ein einfaches Verfahren Heilung. Zunächst sogen. blande knappe Diät, erst später Fleischspeisen, viel Aufenthalt in der Luft mit Lungengymnastik, kühle Abreibungen mit nachfolgender Ganzmassage, wöchentlich 2mal Schwitzpackung mit nachfolgendem Halbbade, Gymnastik. SEIFERT.

139) **A. Eulenburg. Ueber den Missbrauch der Thyroidin-Tabletten.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 21.*

E. wendet sich gegen den Missbrauch der Tabletten, die ohne ärztliche Verordnung feilgehalten werden dürfen und häufig zu Entfettungscuren ohne Hinzuziehung eines Arztes gebraucht werden. LANDGRAF.

g. Oesophagus.

140) **W. J. Taylor. Ein Knöchelchen in dem Oesophagus auf die Trachea drückend und so schwere Athemstörung hervorrufend, dass die Tracheotomie nöthig wurde. (A jackstone in the oesophagus, which pressed upon the trachea and produced such respiratory distress that tracheotomy was necessary.)** *Times and Register. 18. Mai 1895.*

Patient war ein 3jähriges Kind. Nach der Tracheotomie war die Athmung erleichtert, aber es bestand Schwierigkeit zu schlucken. Schliesslich wurde der Fremdkörper mit der Zange entfernt. Nach 5 Tagen aber starb das Kind an Erschöpfung. Die Störung der Athmung war ausschliesslich durch den Fremdkörper im Oesophagus bedingt, der auf die Trachea drückte und nicht, wie vor der Operation angenommen war, durch einen Fremdkörper in der Trachea selbst. Der Fall zeigt, wie wichtig es ist, in allen Fällen von vermeintlichem Fremdkörper in

der Trachea die gesammten Halsorgane gründlichst zu untersuchen; am besten ist es, eine Sonde in den Magen einzuführen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

141) **Lennander** (Upsala). **Narbige Strictur des Oesophagus bei einem 2jährig. Kinde. Oesophagotomia externa. Heilung. (Aerstrictur i oesophagus hos ett 2 aar gammalt Barn; yttre oesofagotomi; hälsa.)** *Upsala läkareförenings forhandl. B. 24.*

Die Narbe entwickelte sich nach Verschlucken von Natronlauge. Oesophagotomia externa; Durchschneiden mittelst Maisonneuve's Urethrotom; Bougiebehandlung. Sechs Jahre nach der Operation war das Kind frisch und gesund. Die Sondirung war nur 4 Mal jährlich nothwendig. SCHMIEGELOW.

142) **Th. Rovsing** (Kopenhagen). **Impermeable Aetzstrictur des Oesophagus, Gastrostomie, retrograde Dilatation, Heilung. (Impermeabel Atsstrictur af Oesophagus: Gastrostomie, retrograde Dilatation, Helbredelse.)** *Hospitals-Tidende. 1895. S. 107.*

5jähriges Mädchen; die Strictur rührt vom Trinken von Natronlauge her und sitzt 14 cm von der Zahnreihe entfernt; dieselbe ist von oben her nicht permeabel. Es wurde die Oesophagotomia externa versucht, aber auch die feinsten Sonden konnten nicht durchgeführt werden. Nachdem die Gastrostomie gemacht war, gelang es ein feines Bougie von unten durch die Strictur zu führen, später einen Gummikatheter No. 11 Charrière. In der Folge konnte man auch von dem Mund aus bougiren; die Gastrostomiewunde schloss sich von selbst.

SCHMIEGELOW.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Wiener Laryngologische Gesellschaft.

Bericht von Prof. Dr. O. Chiari, Vicepräsident.

Sitzung vom 14. Februar 1895.

Vorsitzender: Störk. Schriftführer: Koschier.

Rethi demonstrirt einen fibrösen, rundlichen Polypen des Nasenrachenraumes, welcher eine Peripherie von 9 cm hatte und an einem langen, weichen, bandartigen Stiele von dem mittleren Nasengange ausging. Er wurde mit dem Rethi'schen kalten Schlingenschnürer, der von vorne her durch die Nase eingeführt war, entfernt.

Panzer: „Ueber Cystenbildung im Larynx". P. demonstrirt mikroskopische Präparate von einer linsengrossen rundlichen Cyste der linken ary-epiglottischen Falte, welche von O. Chiari mit der Krause'schen Doppelcurette

entfernt worden war. Der Tumor zeigte sich bei der Spiegeluntersuchung dunkelblau, und wurde deshalb für ein Angiom gehalten; herausgenommen bot er eine röthliche Färbung dar und liess an einer Stelle eine gelbliche weiche Masse heraustreten, so dass er jetzt als Cyste imponirte.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte ein vom geschichteten Plattenepitheln bedecktes lockeres Bindegewebe mit zahlreichen Bindegewebsmaschenräumen, deren einer zu dem den grössten Theil des Tumors ausfüllenden Hohlraum ausgebildet war. Seine Wand trug kein Endothel und war nicht scharf begrenzt; sein Inhalt bestand aus theilweise organisirtem Blutextravasate, aus Serum und einer homogenen scholligen Masse. Drüsenreste fehlten überall. Panzer glaubt daher, dass der grosse Cystenraum durch Blutung in einen der erweiterten Lymphräume und seröse Exsudation enstanden sei.

Sitzung vom 14. März 1895.

Vorsitzender: Störk. Schriftführer: Schnabl.

Störk spricht: „Ueber die Beziehungen der Erkrankungen der Nase zur Meningitis" indem er einzelne Fälle seiner Praxis erwähnt. Ein anämisches Mädchen mit Ozaena putrida erkrankt an acuter Psychose, wird aber nach einem halben Jahren geheilt. Störk vermuthet, dass hier die Eiterung in der Nase Schuld der Psychose war. Eben solches wird auch für einen zweiten Fall von Rhinitis chronica purulenta angenommen. Ferner erzählt er von einem Patienten mit luetischer Ulceration und Necrose in der Nase, der nach ungestümer Aetzung mit Lapis nach 3 Tagen an Meningitis purulenta basilaris starb. Bei einer anderen Patientin zeigte die Autopsie eine diffuse Meningitis, welche von einem syphilitischen Nasengeschwür ausgegangen war. Endlich berichtet Störk über 4 Todesfälle durch Meningitis purulenta, welche nach der Section ihre Ursache in acuter Eiterung der Nase und der Nebenhöhlen hatte.

Weil betont, dass man auch Hirnerscheinungen beobachte in Folge von Resorption toxischer Substanzen aus entfernt gelegenen Eiterherden; bei Naseneiterungen finde natürlich die Infektion der Hirnhäute viel leichter statt durch direktes Weiterschreiten der Entzündung. Im vierten Falle Störk's fehle der Sectionsbefund von der Schädelbasis. Endlich empfiehlt er zur Untersuchung der Nebenhöhlen Harke's Methode.

Störk betont, dass im vierten Falle ausdrücklich von einem fibrinös-eitrigem Exsudate an der Lamina cribrosa die Rede sei.

O. Chiari: „Ueber Prolapsus ventriculi Morgagni". Zunächst wird ein Fall von doppelseitiger Bildung länglicher, durchscheinender Wülste beschrieben, welche aus den Ventrikeln herausragten, die Stimmbänder völlig deckten und das Lumen des Kehlkopfes hochgradig stenosirten. Sie wurden stückweise abgetragen und zeigten sich an Schnitten als ödematöse Hypertrophien der Schleimhaut.

An diesem Falle und an einem Frontralschnitte durch Stimm- und Taschenband einer Leiche mit einer frei in den Ventrikel hineinragenden hypertrophischen

Falte der äusseren Ventrikelwand zeigt Chiari die Richtigkeit der von Schrötter aufgestellten und von B. Fränkel ausführlich begründeten Theorie über den sogenannten Prolaps. Derselbe ist nämlich eine von der Ventrikelwand ausgehende und in den Kehlkopf hineinragende Hypertrophie, Falte oder Neubildung. Diese Theorie passt auch auf die von B. Fränkel nicht erwähnten Fälle Solis Cohen's (1887), Ruault's, Schutter's, Ric. Botey's, Beausoleil's, Chappel's und Schnitzler's. Ausserdem wurden aber von Türck (1865), Störk, Schnitzler und dem Vortragenden selbst öfters aus dem Ventrikel hervorragende Tumoren beobachtet, ja selbst abgebildet, welche ganz den als Prolaps gedeuteten Fällen Leffert's, Solis Cohen's und Elsberg's glichen, aber eben richtig als prominirende Tumoren der Ventrikelwand erkannt wurden. Chiari schliesst sich daher ganz B. Fränkel an, nur möchte er glauben, dass ein aus dem Ventrikel heraustretender Tumor doch einen Theil der Schleimhaut wirklich herausziehen könne.

Weil sagt, dass der Durchschnitt durch einen exstirpirten Prolaps nichts beweise, da das Präparat in der Mitte lockeres Bindegewebe zeigen müsse, stamme es nun von einer Schleimhautaustülpung oder von einem weichen prolabirenden Polypen. Chiari bemerkt, dass in seinem Falle nach Exstirpation des sog. Prolapses die Ventrikelhöhle beiderseits zu konstatiren war, dass es sich also nur um prolabirte Ventrikelpolypen gehandelt haben könne. Ausserdem zeigen die Frontalschnitte der Kehlköpfe (B. Fränkel und Chiari) unzweifelhaft die Richtigkeit der Theorie Fränkel's.

Sitzung vom 4. April 1895.

Vorsitzender: Störk. Schriftführer: Ronsburger.

Panzer demonstrirt einen Mann mit angeborenem Naevus vasculosus der linken Hälfte des Velums; derselbe prominirt nicht und bleibt seit Jahren konstant gleich gross. Daher keine Operation.

Bei der Discussion berichtet Störk über ein Angioma cavernosum der Mandel, welches er durch Umstechung zum Schwinden brachte, und über ein Hämatom der Arcade, welches von selbst heilte. Injection von Ferrum sesquichloratum in solche Tumoren sei sehr gefährlich.

Grossmann spricht über ein Aneurysma tonsillae, welches durch Carotisligatur geheilt wurde, Roth über kleine gestielte Naevi des Mundes, Störk über Blutung in den Mund aus einer ectatischen Vene der hinteren Wand des Rachens, Chiari über Blutung aus isolirten Petechien des Palatum durum, Hajek über Blutung aus ectasirten Venen des Zungengrundes und Roth über die blaurothe Färbung des Rachenschleimes durch minimale Blutungen aus der gelockerten Rachenschleimhaut.

Koschier demonstrirt einen Mann mit Recidive eines Lymphangioma cavernosum, welches vor 5 Monaten von der linken aryepiglottischen Falte endolaryn-

geal entfernt worden war. Jetzt hat der Tumor eine viel grössere Ausbreitung und ist verdächtig auf Uebergang in Sarcom.

O. Chiari demonstrirt 2 Nasensteine, die sich um Fremdkörper gebildet hatten. Sie bestanden aus Bakterienhaufen; ob dieselben verkalkt oder in Kalksalzen eingeschlossen waren, muss noch entschieden werden. Gerber gegenüber betont Chiari, dass er schon 1889 in einer Publikation die Ansicht ausgesprochen habe, dass die am Fremdkörper haftenden Mikroorganismen aus dem Nasenschleim die Kalksalze anziehen und ihre Ablagerung um den Fremdkörper veranlassen.

Sitzung vom 2. Mai 1895.

Vorsitzender: Störk. Schriftführer Hajek.

Weil demonstrirt einen Fall von 7 Jahren andauernder Naseneiterung in Folge von eitrigem Katarrhe sämmtlicher Nebenhöhlen und Necrosis der Knochen des linken Siebbeines. Nach Entfernung zahlreicher Polypen und beider mittleren Muscheln eröffnete er alle Siebbeinzellen und später alle anderen Nebenhöhlen, spritzte sie oft aus und besserte die Eiterung bedeutend. Auf Störk's Warnung vor solchen Eingriffen entgegnet Weil, dass er selbst glaube, dass die meisten Nebenhöhleneiterungen bei Sicherung des Abflusses grosse Neigung zur Heilung zeigen, dass man aber in seinem Falle die mittleren Muscheln entfernen musste, um überhaupt zu den Siebbeinzellen zu gelangen, dass er ferner selbst ein Gegner der häufigen Auskratzung mit dem scharfen Löffel sei und mehr zu milder, schonender Behandlung der Nebenhöhleneiterung geneigt sei.

Chiari berichtet über 58 Fälle von latenten Highmorsempyemen mit 27 Heilungen und 19 Besserungen; von 12 fehlen alle Nachrichten. Die Therapie bestand meistens in Anbohrung vom Processus alveolaris aus mit Durchspülungen und Jodoformgazetamponade. Die Irrigation von dem Ostium maxillare gelang nur selten in ausreichendem Grade. Eröffnung von der Fossa canina fand 3mal statt. Die Auskratzung gelingt auch von der Alveolarfistel.

Stirnhöhlenkatarrh oder Eiterung wurde in 4 Fällen durch Ausspritzung behandelt mit Erfolg. Die Einführung einer dünnen Röhre gelang auch in anderen Fällen oft nach oder ohne Resection der mittleren Muschel.

Knochenblasen der mittleren Muschel wurden 2mal ausgekratzt und ihre Wandungen grösstentheils resecirt. 3mal wurden die vorderen Siebbeinzellen eröffnet und ausgekratzt.

In 10 Fällen handelte es sich um combinirte sog. Empyeme. Schliesslich betont Chiari Grünwald gegenüber, dass er in letzterer Zeit 61 Fälle von Nasenpolypen und 128 Fälle von Rhinitis atrophica mit Ozaena beobachtete, die keine Spur von Necrose oder Nebenhöhlenerkrankung aufwiesen.

Die Keilbeinhöhle wurde 3mal sondirt und leer befunden.

Grossmann betont die Schwierigkeit Eiterung in einer Höhle mit knöchernen Wandungen zu sistiren und beleuchtet diesen Umstand durch ein Beispiel. Das sicherste Mittel sei noch Resection der Wand.

Hajek ist für Herstellung einer für den Ausfluss oder die Ausspritzung genügenden Oeffnung. Die Highmorshöhle eröffne er am liebsten vom Processus alveolaris. Der Stirnhöhlenausführungsgang sei meistens nur durch Hypertrophien oder Polypen der Nase verlegt und könne durch deren Entfernung wegsam gemacht werden. Trepanirt habe er die Stirnhöhle nie.

Um zu den Siebbeinzellen zu gelangen, müsse er gewöhnlich die mittlere Muschel entfernen; dann öffne er die einzelnen Zellen sehr vorsichtig mit kleinen Häkchen und reinige fleissig. Die Keilbeinhöhle müsse ebenfalls sorgfältig eröffnet und eventuell sehr zart ausgekratzt werden.

Sitzung vom 7. Juni.

Vorsitzender Chiari. Schriftführer: Koschier.

Panzer demonstrirt eine Kniescheere zur Abtragung der unteren Nasenmuschel und dort befindlicher Hypertrophien. Früher bediente er sich dazu 2 Scheeren von Chiari; sein Instrument ist stärker und deshalb besser zur Abtragung geeignet. Die Wundheilung erfolgt sehr schnell. Roth bedient sich seit Jahren eines ähnlichen Instrumentes. Chiari bemerkt, dass Hartmann schon früher Scheeren zu ähnlichen Zwecken verwendete; Abtragung von Hypertrophien mit der Scheere verursache gewöhnlich stärkere Blutung, die Wunde heile aber viel schneller als nach der Galvanocaustik.

Weil demonstrirt eine alte Frau, der er vor einigen Wochen ein haselnussgrosses echtes Papillom der Nasenscheidewand exstirpirt hatte.

Roth berichtet über einen Fall von Phlegmone des Nasenrachenraumes mit Abscessbildung in der Tonsilla pharyngea. Der Abscess brach am 8. Tage durch, worauf das heftige Fieber und das Oedem des Velums schwand.

Grossmann und Chiari glauben, dass es sich in Roth's Fall um einen retropharyngealen Abscess von sehr hohem Sitze gehandelt habe, da die Rachentonsille zu locker gefügt sei, um grosse Eitermengen zu retiniren.

Chiari berichtet zur Bekräftigung seiner Ansicht über einen Fall von wiederholter Bildung kleiner Abscesse in der Luschka'schen Tonsille, welche alle in wenigen Tagen durchbrachen und viel geringere Störungen machten.

Hajek hält seinen Vortrag über „Die Diagnose und Therapie der Eiterungen der Keilbeinhöhle.“

Die Diagnose gelingt gewöhnlich erst nach Abtragung der mittleren Muschel durch Sondirung. Eine Eiterung in der Fissura olfactoria kann entweder dort entstehen oder aus der Keilbeinhöhle oder aus den hinteren Siebbeinzellen, ja gelegentlich sogar aus der Stirnhöhle kommen; daher entscheidet nur Sondirung nach Freilegung der vorderen Wand der Keilbeinhöhle durch Resection der mittleren Muschel. Zur Behandlung genügt meist Erweiterung der Oeffnung mit einem feinen Häkchen und Ausspritzung. Auskratzung ist selten nöthig und immer sehr zart vorzunehmen.

---

b) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. April 1895.

Kuttner stellt eine 54jährige Frau vor, die im Verlaufe einer Influenza eine Parese des linken weichen Gaumens, der gleichseitigen Musculatur an der hinteren Rachenwand und eine Paralyse des linken Stimmbandes aufwies. Drei Tage konnte Pat. überhaupt nichts geniessen, dann geringe Flüssigkeitsmengen, am 7. Tage auch feste Bissen; am 16. Tage erst normales Schlucken. Die Beweglichkeit im Larynx kehrte langsam wieder. Am 8. Tage macht der linke Aryknorpel geringfügige zuckende Bewegungen; am 16. sieht man bereits eine Adduction aus der Cadaver- in die Medianstellung nnd bei Respiration Rückkehr in die Cadaverposition. Ueber das Stimmband laufen dabei wellenartige Bewegungen. Es handelt sich um eine in der Heilung begriffene auf neuritischer Basis beruhende Recurrenslähmung. Dabei kehrte erst die Ad- später die Abduction zurück.

Denselben Verlauf sah K. in 2 anderen Fällen von Recurrenslähmung.

A. Rosenberg stellt eine sonst vollkommen gesunde Patientin von 35 Jahr mit diffusem Ecchondrom des Larynx vor. Der Schild- und Ringknorpel hatten an Masse sowohl nach oben und unten als auch nach aussen, nicht aber nach innen, beträchtlich zugenommen, so dass die Zwischenräume zwischen den den Knorpeln, resp. der Cartil. thyreoid. und dem Zungenbein verschwunden waren, der Kehlkopf um wenigstens $^1/_3$ an Breite zugenommen hatte. Das Zungenbein selbst war erheblich verdickt, eiförmig; erreichte unten den oberen Rand des Schildknorpels und reichte so weit nach oben und vorne, dass der Zwischenraum zwischen ihm und dem Kinn auf die Hälfte des normalen reducirt war.

Dann demonstrirt er eine von der mittleren Muschel einer 17jährigen Patientin ausgehende und fast die ganze linke Nasenhöhle ausfüllende Knochenblase mit eitrigem Inhalt. Die die innere Wand derselben auskleidende Schleimhaut ist verdickt, gequollen, zeigt sich polypoid degenerirt, an einzelnen Stellen sieht man selbst grössere Polypen.

P. Heymann demonstrirt ein Präparat von einem Larynxcarcinom. Laryngoskopisch war bei dem Pat. der Tumor nur an der linken aryepiglottischen Falte sichtbar, aber, wie die Section zeigte, hatte er im Wesentlichen die linke Seite des Rachens ergriffen und in hohem Grade zerstört.

Dann zeigt er eine 71jährige Frau mit einer den 3. oder 4. Halswirbel treffenden Lordose der Wirbelsäule, die sich pharyngoskopisch als eine in der Höhe des Constrictor pharyngis sup. scharf hervortretende Falte präsentirt.

Aronsohn: Ueber Fremdkörper in den oberen Luftwegen.

Einer seiner Pat., der längere Zeit an heftigem Husten mit schleimig-eitrigem, oft übelriechendem Sputum litt und bei dem über dem linken Bronchus katarrhlische Zeichen vorhanden waren, hustete unter Anwendung von Lungengymnastik ein Knochenstück aus, das merkwürdigerweise nicht in den rechten, sondern in

den engeren linken Bronchus aspirirt worden war, ein Ereigniss, das sich dadurch erklären lässt, dass in Folge des bestehenden Emphysems der linke Bronchialbaum erweitert war. In einem zweiten Falle hustete eine 35jähr. Pat., nachdem sie 3 Jahre ein schleimig-eitriges, zuweilen blutiges Sputum expectorirt hatte. ein Kalkstück aus, das wahrscheinlich unmittelbar unter der Glottis gesessen hatte. An zwei weiteren Beispielen illustrirt A. die Irrthümer, in die man bei der Diagnose verfallen kann.

B. Fränkel demonstrirt einige Kalkstücke, die von einer Patientin seiner Poliklinik aus den Lungen ausgehustet worden sind.

Lublinski: Ueber Stimmbandparalysen nach Typhus.

L. hat im ganzen 5 hierhergehörige Fälle gesehen und zwar 4 mal bei Männern, 1 mal bei einer Frau. Die Patienten standen im Alter von 27—39 Jahren; die ersten Erscheinungen treten gew. in der Defervescenz auf, einmal beobachtete er sie in der 4. Woche. Einmal war die Ursache der Lähmung eine Pleuropneumonie, gew. liegt keine materielle Läsion vor, vielmehr handelt es sich um eine Neuritis peripherica. In der Regel heilen die Lähmungen; L. sah zwei Mal den Tod eintreten und zwar in Folge von Bronchopneumonie resp. Typhus.

Die Diagnose ist nur durch den Spiegel zu stellen, man muss sich vor Verwechslung mit Cricoarytänoidgelenkerkrankungen hüten.

In dem ersten L.'schen Falle handelte es sich um eine doppelseitige Posticuslähmung, die die Tracheotomie erforderte. Durch Galvanisirung wurde das rechte Stimmband etwas mobil.

Dreimal handelte es sich um einseitige Recurrenslähmung. Im ersten dieser Fälle trat die Lähmung 2 Monate nach Beginn der Krankheit auf und heilte nach 3 Monaten. In den beiden anderen — in einem war eine Complication mit gleichseitiger Gaumensegellähmung vorhanden — trat die Heilung nach 5 Wochen resp. 2 Monaten ein. In dem 5. Falle stellte sich am 24. Krankheitstage Stimmverlust ein, der auf einer beiderseitigen Recurrenslähmung beruhte. Pat. starb drei Tage später.

Bei drei Pat. mit Diphtherie sah L. nach der Behandlung mit Heilserum schon nach 3 Tagen eine Lähmung auftreten und zwar — im Gegensatz zum gewöhnlichen Verlauf — fast gleichzeitig am Gaumen, Larynx, Auge und den Extremitäten.

Nach Influenza beobachtete er einmal eine am 10. Krankheitstage einsetzende linksseitige Posticuslähmung, die nach 4 Wochen heilte.

Die Discussion wird vertagt.

Sitzung vom 24. Mai 1895.

E. Meyer stellt eine Patientin vor, bei der er vor kurzem einen Abscess am harten Gaumen eröffnet hatte, in dem Eiter fanden sich Tuberkelbacillen, jetzt gelangt die Sonde durch die Abscesshöhle auf rauhen Knochen.

Flatau zeigt einen Pat. mit einem papillomähnlichen Tumor an der

Uvula; in einem anderen Falle erwies sich eine ebenso aussehende Geschwulst als aus adenoidem Gewebe bestehend. Dann demonstrirt er eine Patientin, bei der sich neben einem Abscess am I. Praemolaris am harten Gaumen rechts eine bis zur Mittellinie reichende teigige Anschwellung und später eine Fistelöffnung eingestellt hatte; im mittleren Nasengang spärliches eitriges Secret; die Durchleuchtung war durchaus deutlich. Er wurde ein Stück des Gaumens resecirt und man fand das Antrum ziemlich leer und nur 2 Eiterheerde — einen in der Alveolarbucht und einen zweiten suborbital. Unsere diagnostischen Mittel sind demnach beim Empyema antri Highmori noch nicht immer ausreichend, insbesondere ist die Durchleuchtung oft unsicher.

B. Fränkel demonstrirt eine von der Innenfläche des Nasenflügels eines 58jähr. Mannes entfernte knopfförmige Geschwulst, die rasch gewachsen war, nie geblutet hatte aber bei der Berührung mit der Sonde blutete. Mikroskopisch zeigte sie ein dünnes Plattenepithel, unter dem ein mit zahlreichen Blutgefässen versehenes Bindegewebe lag.

Alexander berichtet über einen blutenden Septumpolypen bei einem 14jähr. Pat., er sass an der noch von Epidermis bekleideten Partie. Mikroskopisch erwies er sich als Fibrom mit zahlreichen erweiterten Gefässen. Die Definition des „blutenden Septumpolypen" muss enger gefasst werden, sonst müsste man die Tuberculome, die ebenso aussehen, an derselben Stelle sitzen und dieselben Symptome machen können, ebenfalls hierher rechnen.

Kuttner sah einen dem Fränkel'schen ähnlichen Septumpolypen, der nie geblutet hat; ferner 3 Granulationstumoren, die ebenfalls nie zu Hämorrhagien Veranlassung gegeben haben. Es ist der Ausdruck „blutender Septumpolyp" ein unpassender.

B. Fränkel demonstrirt ferner einen Fremdkörper, der sicher mehrere Jahre in der Nase gelegen hatte. Er sieht aus wie ein Knochen, besteht aus einer harten Schicht und weichem Kern. Abgeschabte Stückchen zeigen unter dem Mikroskop eine trabeculäre Anordnung, so dass es sich um eineu Zahn handeln könnte.

A. Rosenberg stellt einen Patienten mit linksseitiger Recurrenslähmung in Folge Aortenaneurysmas vor, bei dem die Herzsymptome 3 bis 4 Jahre länger bestehen als die Lähmung — im Gegensatz zu dem neulich von Schadewaldt aufgestellten Satz. Uebrigens machte die Epiglottis im Moment des Anlautens eines Vocales eine kurze Bewegung nach rechts.

Kirstein: Autoskopie des Larynx und der Trachea.

Es ist K. geglückt, das Innere des Kehlkopfs und der Luftröhre bis zur Bifurcation bei relativ vielen Menschen der directen Besichtigung mit blossem Auge zugänglich machen. — Autoskopie (Selbstschau im Gegensatz zur Spiegelschau).

Dem Pat. wird zunächst der Schlund und Kehldeckel cocainisirt, dann wird er entweder horizontal so auf den Rücken gelagert, dass der Kopf über den

Tischrand herabhängt, oder er setzt sich gerade auf einen Stuhl und legt den Kopf stark in den Nacken hintenüber. In den geöffneten Mund, bei vorgestreckter Zunge, wird jetzt das Autoskop eingeführt, das aus einer kurzen, dicken, in eine Halbrinne auslaufenden Röhre besteht, die mit dem Casper'schen Electroskop rechtwinklig fest verschraubt ist. Der elektrische Contact wird sogleich geschlossen, so dass schon die Einführung des Instruments unter Beleuchtung erfolgt. Das Electroskop dient als Griff, der Arzt nimmt es fest in die linke Faust, gleitet mit dem blattförmigen Ende des Autoskops an der hinteren Rachenwand entlang bis zur Höhe der Santorinischen Knorpel und macht dann eine kräftige Hebelbewegung, durch die die Zunge nach vorne gedrückt und die Epiglottis aufgehoben wird. Jetzt präsentiren sich Kehlkopf und Luftröhre unmittelbar, so dass sie unter günstiger elektrischer Beleuchtung in der Nähe betrachtet werden können und zu operativen Eingriffen mit geraden Instrumenten bereit liegen.

Das autoskopische Bild ist an Klarheit und Körperlichkeit dem vom Spiegel her gewohnten derartig überlegen, dass das Spiegelbild zum Range eines Surrogats herabsinkt — eines Nothbehelfs, dessen wir uns jedoch auch in der Zukunft als der laryngologischen Normalmethode (d. h. als zureichend für die gewöhnlichen Zwecke der Praxis) werden bedienen müssen, da die ausserordentlichen Vortheile der Autoskopie immerhin nur durch Einbusse an Bequemlichkeit für Arzt und Patient erkauft werden können. Auch gelingt die Autoskopie (aus verschieden näher erörterten Gründen) heute noch nicht an jedem Patienten.

B. Fränkel beglückwünscht den Redner, einen neuen Weg zur Besichtigung des Kehlkopfs gefunden zu haben. Die Autoskopie gelingt nicht immer und ist für den Patienten sehr unangenehm. Die Epiglottis wird dem Blick entzogen, ebenso oft die vordere Commissur. Die Stimmbänder befinden sich gewöhnlich in ständiger Bewegung (Japsen). Dagegen kann die Methode für operative Zwecke vortheilhaft sein.

A. Rosenberg: Erkrankungen des Rachens und der Epiglottis contraindiciren diese Methode, die immerhin eine gewaltsame ist und nicht immer gelingt. Sie bietet günstigere Aussichten bei der Betrachtung der hinteren Larynxwand und für Laryngostenosen; im letzteren Falle dürfte sie öfter wegen der Athemnoth nicht ausführbar sein.

Herzfeld glaubt, dass die neue Methode für die Untersuchung und Operationen bei kleinen Kindern vortheilhaft sein dürfte.

Heymann meint, dass Motilitätsstörungen nicht leicht diagnosticirt werden dürften; dagegen verspreche die Autoskopie Vortheile für die Operationen an der hinteren Larynxwand und in den tieferen Theilen der Trachea.

Flatau hält die so ausgedehnte Cocainisirung mit 20proc. Lösung für nicht gleichgiltig; es können bedrohliche Zustände eintreten; auch das Herunterhängen des Kopfes und die dadurch verursachte Circulationsstörung ist nicht belanglos. In diagnostischer Hinsicht kann die Autoskopie in seltenen Fällen die Laryngoskopie wohlthätig ergänzen; in therapeutischer Hinsicht scheint es ein Vortheil der

Methode zu sein, dass sie den Larynx fixirt; Sonden kann man, ohne Licht abzublenden, in denselben einführen.

Kirstein stellt in den Vordergrund den Gesichtspunkt, dass ein neuer Weg erschlossen ist; wie weit wir auf demselben kommen, muss die Zukunft lehren.

Sitzung vom 28. Juni 1895.

Kirstein demonstrirt eine von ihm construirte Stirnlampe für indirectes Licht (cfr. Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 29).

Berliner zeigt eine Anzahl von ihm selbst angefertigter farbig plastischer Nachbildungen interessanter Larynxaffectionen.

P. Heymann und C. Benda: Demonstration von Präparaten der Epithelleisten am wahren Stimmbande.

H. bespricht die Literatur dieses Gegenstandes und erwähnt, dass am freien Rande diesem parallele Leisten sich finden, die sich aber zum Theil treffen und schneiden und durch Querleisten in Verbindung treten; in der Gegend des Proc. voc. besteht eine besondere Anordnung.

B. zeigt die Leisten an dem durch Maceration mittelst $^1/_4$ proc. Essigsäure gewonnenen vom Stimmbande abgezogenen Epithel; man sieht viele parallel verlaufende Leisten, andere confluiren, theilen sich gablig und verlaufen nach vorne und hinten sich verflachend ins Niveau. Am Proc. vocal. sind sie mehr sternförmig angeordnet. Die Leisten sollen vielleicht das Epithel resistenter gegen mechanische Verschiebungen machen. Sie finden sich nicht beim Affen, beim Hunde nur angedeutet. Da sie beim Neugeborenen auch nicht vorhanden sind, könnte man sich ihre Entstehung durch die stärkere Inanspruchnahme des Kehlkopfs veranlasst denken.

Grabower erhofft eine Verwerthung der Leisten in pathologischer Beziehung, insbesondere zu den polypoiden Carcinomen.

B. Fränkel beansprucht für sich die volle Priorität; er hat als erster die Leisten als solche erkannt und beschrieben. Die Anordnung der Leisten ist eine regelmässige, wenigstens ist jeder Theil des Stimmbandes einigermassen charakterisirt. Bei Pachydermie sind die Leisten durch die Bindegewebszunahme und die Epithelverdickung erheblich verändert. Die Carcinomepithelzapfen sind für die Leisten verderblich durch die Bildung atypischer Zapfen.

P. Heymann concedirt B. Fränkel die Priorität.

Benda glaubt, dass die Maceration bei Pachydermie nicht gelingt, weil das Epithel zu dick ist, und beim Carcinom dürften die Zapfen abbrechen.

B. Fränkel: Die anatomische Nomenclatur in der Rhino-Laryngologie (cf. Arch. f. Laryngol. 1895. III. 2).

F. beantragt, die laryngologische Gesellschaft möge beschliessen, die von

der anatomischen Gesellschaft in diesem Jahre in Basel genehmigten Veränderungen in der Nomenclatur, soweit sie die Rhino-Laryngologie betrifft, ebenfalls zu acceptiren. Der Antrag wurde von verschiedenen Seiten unterstützt und angenommen.

Sitzung vom 26. Juli 1894.

Steiner stellt einen Fall von Rhinoplastik nach Lupus vor, bei dem Professor J. Israel ein 6 cm grosses Knochenstück aus der Tibia herausgemeisselt und als Knochengerüst für die Nase verwendet hat. Aus der Stirn war in diesem Falle kein Material zu erhalten, da dasselbe durch eine frühere in Wien vorgenommene resultatlose Rhinoplastik verbraucht war. Das Resultat ist jetzt ein gutes.

E. Meyer demonstrirt ein Präparat von Empyem einer grossen Knochenblase des Siebbeins.

P. Heymann zeigt Gipsnachbildungen von Nasenpräparaten nach Dr. Betz in Heilbronn.

B. Fränkel demonstrirt einen lappigen haselnussgrossen Stimmbandpolypen, der sich mikroskopisch als Myxom ausweist.

Siegel: Demonstration über Maul- und Klauenseuche.

Sie stellt sich dar als eine Erkrankung des ganzen Darmcanals vom Munde bis zum After; besonders häufig ist der absteigende Ast des Dickdarms befallen; auch Leber und Nieren zeigen häufig Veränderungen. Nicht selten erscheint ein zwischen Masern und Scharlach stehendes Exanthem.

Im Munde findet man Röthung und ödematöse Schwellung, besonders der Uvula, der Gaumenbögen und der Gingiva; in letzterer kommen scorbutähnliche Veränderungen vor. Die Zunge ist häufig stark geschwollen; der Dickendurchmesser beträgt manchmal 2—3 cm.

Ferner kommen Blasenbildungen im Munde, Rachen und am Kehldeckel vor; zuweilen sieht man Retraction des Zahnfleisches, Desquamation der Zungenschleimhaut.

S. fand bei ca. 30 Sectionen ein specifisches Bacterium, das kurz ist und in der Mitte einen hellen Punkt zeigt; er demonstrirt ein Bacterienpräparat an der Niere, an der man im Glomerulus eine Colonie sieht.

Er stellt einen Erwachsenen und zwei Kinder mit der genannten Affection vor.

E. Meyer demonstrirt gleichfalls ein 6jähriges Kind und eine 23jährige Frau, die an Mundseuche leiden und bei denen Siegel den specifischen Mikroorganismus im Kothe nachweisen konnte.

B. Fränkel hält die Affection auch für eine specifische, die in ihren localen Erscheinungen zwischen Aphthen, Diphtherie und Stomacace steht.

Siegel fand früher die Bacillen nur in inneren Organen, kann sie jetzt aber regelmässig in den Faeces nachweisen.

Rosenthal: Ein Fall von Aneurysma im Pharynx.

Der vorgestellte Patient hat eine kaffeebohnengrosse pulsirende Geschwulst an den Wurzeln des rechten Arcus palatopharyngeus. Druck auf die Carotis bringt die Pulsation zum Schwinden. R. misst diesen Aneurysmen grosse Bedeutung bei Operationen besonders bei der Tonsillotomie bei.

B. Fränkel: Abnorme Pulsationen an der hinteren Rachenwand sind nicht selten; er hat häufig bis zu rabenfederkieldicke Gefässe hinter dem hinteren Gaumenbogen gesehen. Bei dem vorgestellten Falle handelt es sich wohl um ein Aneurysma neben abnormer Pulsation — abnormer Verlauf der Arterie. Diese Aneurysmen werden aber bei der Tonsillotomie nicht verletzt; es giebt aber Aneurysmen, die an der Stelle der Tonsille liegen. A. Rosenberg.

---

c) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. März.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

Die Sitzung war einer Discussion über die Diagnose und Behandlung des Empyems der Highmors-Höhle gewidmet. An derselben nahmen auch Mitglieder der Gesellschaft der Londoner Zahnärzte theil. Auf den Wunsch des Vorsitzenden beschrieb jeder Redner die Methode, deren er sich selbst hauptsächlich bediente, sowie die Resultate, die er mit derselben erzielt habe. An der Discussion betheiligten sich die Herren Bronner, Greville Macdonald, Creswell Baber, Hill, Walsham, Dundas Grant, Scanes Spicer, Ball, Walter Spencer, England und der Präsident. Eine Uebereinstimmung der Ansichten wurde nicht erzielt. Der eine Operateur bevorzugt den Weg durch die Nase, der andere durch die Fossa canina; die Majorität jedenfalls den durch einen Alveolus. Auch die Ergebnisse der einzelnen Redner waren ihren Angaben nach sehr verschieden. Den meisten Erfolg schien der Präsident bei der einfachen Alveolarmothode, gefolgt vom Tragen einer Goldröhre (welche Mr. England demonstrirte) und von sorgfältiger Nachbehandlung (Drainage), bei der ebenso das „zu viel" wie das „zu wenig" vermieden wurde, gehabt zu haben.

Die Leser, welche sich über die speciellen Ansichten der einzelnen Redner zu informiren wünschten, müssen auf den ausführlichen Bericht im British Medical Journal, 6. April 1895, p. 757 verwiesen werden.

Sitzung vom 10. April 1895.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

Mr. Creswell Baber zeigte einen Patienten, dem er vor zwei Jahren ein Papillom vom Boden des linken Nasenlochs entfernt hatte; zwei Monate später Re-

cidiv. Im März 1895 fand sich eine feste, warzige, breitbasige Geschwulst am Boden der Nase links und am Septum, keine Drüsenvergrösserung, keine Syphilis. Die mikroskopische Untersuchung zeigte keine bösartigen Elemente.

Dr. J. B. Ball demonstrirte einen Fall von Lupus der Nase, des Gesichts, des Rachens und Kehlkopfs, sowie einen Fall von bedeutender Deformität der Nase in Folge eines Trauma.

Mr. Knyvett Gordon zeigte mikroskopische Präparate von Polypen der Nase und von polypösen Massen, die durch Curettements aus dem Antrum entfernt worden waren.

Dr. Dundas Grant zeigte fünf Fälle von Empyem des Antrum, welche mit Erfolg mittelst des Krause'schen Trocarts behandelt worden waren. An der Discussion betheiligten sich die Herren Charters Symonds, Ball und E. Law. — Dr. Grant zeigte ferner einen schon früher vorgestellten Fall von Kehlkopftuberkulose, in dem sich eine Läsion der Lungen nicht entdecken liess, obwohl Tuberkelbacillen im Sputum gefunden wurden.

Dr. de Havilland Hall zeigte einen wahrscheinlich einzig darstehenden Fall von Mycosis fungoides im Kehlkopf eines 52jährigen Mannes, der seit $2^1/_2$ Jahren an der Krankheit gelitten hatte und zahlreiche Geschwülste in allen Theilen des Körpers aufwies.

Dr. W. Hill demonstrirte einen Fall von Erkrankung der Nebenhöhlen mit Nasenpolypen, und einen 44jährigen Patienten mit Epitheliom des Pharynx.

Dr. J. Hunt zeigte mikroskopische Präparate multipler Kehlkopfpapillome.

Dr. Percy Kidd zeigte von Neuem einen Fall von Kehlkopfstenose, den er in der Januarsitzung 1895 demonstrirt hatte. Derzeit war nichts von tuberkulöser Natur gefunden worden, gegenwärtig aber lag Spitzencatarrh in beiden Lungen vor und Tuberkelbacillen wurden im Sputum gefunden.

Dr. Scanes Spicer demonstrirte einen Fall doppelseitigen Antrumempyems mit bedeutender Verbesserung im Allgemeinbefinden seit der 14 Tage vor der Demonstration stattgefundenen Operation.

Der Präsident zeigte einen Fall von Fibropapillom des Kehlkopfs, welches eine tiefe Auskerbung des gegenüberliegenden Stimmbands producirt hatte.

Mr. Charters Symonds zeigte einen Patienten mit Eiterung der Sinus frontales. Die Operation war eine ausgiebige, beide Antra wurden eröffnet, die vorderen Enden der mittleren Muscheln entfernt und im Januar 1895 eine Schwellung in der Glabella incidirt, und die Sinus frontales ausgiebig geöffnet; sodann wurde eine kleine silberne Kanüle in die Stirnwunde eingeführt, und tägliche Irrigationen vorgenommen. Unter dieser Behandiung war zur Zeit der Demonstration bedeutende Besserung erfolgt.

Sitzung vom 8. Mai 1885.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

Dr. J. B. Ball demonstrirte ein 21jähr. Mädchen mit vollständigem Verschluss der rechten Nasenhälfte, ohne Zweifel congenitalen Ursprungs. Mr. Cres-

well Baber, Dr. Dundas Grant und M. Charters Symonds erwähnten, dass sie derartige Fälle erfolgreich operativ behandelt hätten. Dr. Ball zeigte ferner einen 18jährigen Patienten mit Lähmung des rechten Stimmbands in Folge von Spitzenerkrankung der rechten Lunge.

Mr. Butlin zeigte einen Locomotivführer, 56 Jahre alt, der an einer grossen Drüsengeschwulst anscheinend bösartiger Natur an der linken Seite des Halses litt, und seit vier Monaten Schlingbeschwerden gehabt hatte. Gleichzeitig waren typische Zeichen von Lähmung des Halssympathicus vorhanden. Der Vortragende führte alle diese Zeichen auf ein hochgelegenes Carcinom des Oesophagus zurück, und bemerkte in Entgegnung einer Frage von Mr. Symonds, dass in einem ähnlichen Falle, wo Schilddrüsenerkrankung vermuthet worden war, die Obduction den Oesophagus als Sitz der Krankheit erwiesen hatte. — Mr. Butlin zeigte ferner eine 28jährige Patientin, welche nach mehreren Wochen heftigen Hustens plötzlich ihre Stimme verloren hatte. Hypertrophische Mandeln und vollständige Lähmung des rechten Stimmbands wurden gefunden, dagegen keine Ursache der Lähmung entdeckt. — Dr. Spicer bemerkte, dass die Einseitigkeit der Lähmung eine functionelle Störung ausschlösse.

Dr. Dundas Grant zeigte einen Patienten, der zehn Tage nach seiner Genesung vom Abdominaltyphus an Halsschmerzen und Dyspnoe zu leiden begann, welche die Tracheotomie nothwendig machten. Der Kehlkopf war stark geröthet und geschwollen und in seinem hinteren Theile wurden Granulationen gefunden, während an der vorderen Commissur eine Membranbildung stattgefunden hatte. Dilatation der Glottis und Spaltung der Membran mit Intubation verbesserte die Athmung nur unbedeutend. Der Kehlkopf wurde geöffnet, blossliegender Knorpel wurde entdeckt, und die erkrankten Theile curettirt, wonach bedeutende Verbesserung der Athmung erfolgte.

Dr. William Hill zeigte eine 34jährige Frau, die an syphilitischer Perichondritis des Kehlkopfs litt. — Die Herren Kanthack und Jobson Home demonstrirten ein Präparat diffuser syphilitischer Pachydermie.

Mr. C. A. Parker zeigte einen 17jährigen Patienten, der an tuberkulöser Ulceration der Nase und des Rachens litt, und dessen Zustand sich unter Curettements und Applicationen von Milchsäure bedeutend verbessert hatte.

Dr. Pegler zeigte mikroskopische Präparate, welche die Histologie der Hypertrophie der Nasenmuscheln illustrirten.

Mr. W. R. H. Stewart zeigte von Neuem einen Patienten mit einer Halsfistel, den er bereits bei einer früheren Gelegenheit demonstrirt hatte. Die Fistel war nach erneuter Operation geheilt, und der Patient wurde von Neuem demonstrirt, um zu zeigen, dass diese Fälle operativ geheilt werden könnten.

Mr. Charters Symonds zeigte 1. Präparate von Polypen aus der Highmorshöhle, 2. einen ungewöhnlich grossen Nasenpolypen, 3. ein Sarcom des Nasenrachenraums, und 4. den Fall von Pachydermie, der bei vielen früheren Gelegenheiten demonstrirt worden war, und zu lebhaften Discussionen Veranlassung gegeben hatte. Der Patient war jetzt fast vollständig geheilt.

Dr. Herbert Tilley zeigte einen Fall von Ulceration des Kehlkopfs mit einer zehn Jahre zurück datirenden Anamnese von Syphilis. Der Patient hatte im Alter von 18 Jahren einen Anfall von Haemoptysis gehabt, und noch jetzt waren Zeichen von Consolidation einer Lungenspitze vorhanden. In dem Interarytaenoidraum fand sich ein grosse Granulation, der linke Processus vocalis war geschwollen, und oberhalb der Gegend des rechten Stimmbands befand sich eine weitere geschwollene Masse, welche beträchtliche Kehlkopfstenose hervorbrachte. Dr. Bronner hielt das Leiden für syphilitisch, die Herren Spicer und Stewart für tuberkulös, und Mr. Butlin meinte, dass es möglicherweise bösartiger Natur sein könne.

Semon.

III. Briefkasten.

Der XII. Internationale Medicinische Congress und die Laryngologie.

Folgende Correspondenz hat zwischen dem geschäftsführenden Mitglied des Organisations-Comités der Abtheilung für Otiatrie, Laryngologie und Rhinologie einerseits, und den Herren Geh. Rath B. Fränkel und Prof. F. Semon andererseits stattgehabt:

Moskau, 4. Januar 1896.

Hochgeehrter Herr Professor und Meister!

Als geschäftsführendes Mitglied des Organisations-Comités der Abtheilungen für Otiatrie, Laryngologie und Rhinologie von der Moskauer medicinischen Facultät gewählt, wende ich mich an Sie mit der ergebensten Bitte, ob Sie ein Thema für die allgemeine Discussion mit Hinweisung auf einen Referenten und Correferenten einführen wollen. Ende Januar 1896 (alten Stils) beabsichtigt das Organisations-Comité des internationalen Congresses Einladungen zu versenden, welche eine vorläufige Uebersicht der Abtheilungs-Sitzungen enthalten werden.

In der Hoffnung, dass Sie meiner Bitte entgegenkommen werden etc.

gez.
Dr. St. von Stein,
Privatdocent.

Berlin, 22. Januar 1896.

Sehr geehrter Herr College!

In ergebener Beantwortung Ihres Briefes vom 4. Januar bedaure ich sehr, Ihrem ehrenvollen Ansuchen, ein allgemeines Thema auf dem internationalen Congress in Moskau als Referent einzuleiten, nicht nachkommen zu können. Ich hatte vor, den Congress in Moskau deo volente zu besuchen, ich bin aber ausser Stande, mich unter den in dem Reglement für den Congress aufgestellten Bedingungen für die Laryngologie an dem Congress zu betheiligen. Nach diesem Reglement soll

die Laryngologie, die Otologie und die Zahnheilkunde eine Unterabtheilung der neunten, für Chirurgie und Ophthalmologie bestimmten, Section bilden. Es würde dies einen erheblichen Rückschritt in der Anerkennung der Laryngologie bedeuten. Denn seit dem Londoner Congress hat die Laryngologie niemals mehr auf den internationalen Congressen eine Subsection, sondern immer eine selbstständige Section gebildet. Die Verhandlungen der Congresse in Kopenhagen, Amerika, Berlin und Rom geben vollgültiges Zeugniss dafür, dass die Laryngologie eine eigene Section, kraft ihrer Leistungen, zu beanspruchen verdient. Ich werde mich deshalb an keinem Congress betheiligen, an welchem die Disciplin, der ich mein Leben geweiht habe, in eine minderwerthige Stellung herabgedrückt werden soll. Ohne diesen Umstand würde ich gern bereit sein, einen einleitenden Vortrag zu übernehmen; so muss ich zu meinem Bedauern dem Congress fern bleiben.

Mit aller Hochachtung

gez.
B. Fränkel.

Auf einen mit dem Schreiben an Geh. Rath Fränkel fast völlig gleichlautenden Brief Dr. v. Stein's erwiderte der Herausgeber folgendermassen:

London, 17. Februar 1896.

Sehr geehrter Herr College!

Ihr gefälliges Schreiben vom 6. Januar gelangte erst heute, den 17. Februar, durch Vermittelung des Druckers des Internationalen Centralblatts für Laryngologie etc. in meine Hände. Wo die Schuld der Verspätung zu suchen ist, weiss ich nicht; jedenfalls will ich mit bestem Dank für die mir persönlich erzeigte Ehre Ihnen meine Antwort sofort zukommen lassen.

Gestatten Sie mir zunächst, zu bemerken, dass ich in dem mir gleichfalls zugegangenen officiellen „Réglement du XII. Congrès International de Médecine“ und in Ihrem Briefe eine wesentliche Differenz finde. Während ersteres im Paragraphen 7 ausdrücklich sagt: „Les travaux du Congrès se répartissent entre 12 Sections“, unter welchen ich eine Section für Otologie und Laryngo-Rhinologie nicht finde, — welche beide Specialitäten vielmehr zusammen mit der Zahnheilkunde in die Section 9 „Chirurgie und Ophthalmologie“ eingeschlossen sind, — trägt Ihr Brief den gedruckten Stempel: „Sections d'Otologie et de Laryngo-Rhinologie“. — Ich weiss mir diesen Widerspruch nicht zu erklären, und ersuche Sie im Interesse der Sache um gefällige baldigste Auskunft, da, wie Sie bereits aus der Antwort des Geh. Rath B. Fränkel (Berlin) ersehen haben dürften, ein Versuch die Laryngologie aus der Stellung einer vollen Section in die einer Subsection herabzudrücken, mit grosser Wahrscheinlichkeit die angesehensten Fachgenossen aller Länder dazu bestimmen dürfte, sich der Theilnahme an einer solchen Subsection gänzlich zu enthalten.

Aber selbst wenn, wie dies aus dem Stempel Ihres Briefes hervorzugehen scheint, schon jetzt der erst gefasste Beschluss rückgängig gemacht und der Otologie und Laryngo-Rhinologie der Rang einer vollen Section eingeräumt worden sein sollte, so würde ich persönlich dennoch auf das Entschiedenste Einspruch gegen eine zwangsweise Verschmelzung dieser beiden Specialitäten erheben. Es ist mir völlig unbegreiflich, dass gegenüber dem bei früheren Gelegenheiten wiederholt geäusserten directen Wunsche der Angehörigen beider Specialitäten, und gegenüber der Thatsache, dass beide bei den fünf letzten internationalen Congressen gesonderte Sectionen mit bestem und allgemein anerkanntem Erfolg inne gehabt haben, nunmehr auf's Neue der Versuch gemacht wird, sie mit einander zu verschmelzen, ohne dass in dieser, ihre Interessen so tief berührenden Frage auch nur die Meinung der Vertreter des Faches selbst eingeholt worden wäre.

Ich bestreite keinen Augenblick, dass beide Fächer sich in manchen wichtigen Punkten innig berühren, und dass eine ganze Anzahl von Specialisten gleichzeitig die Otologie wie die Laryngologie betreibt; dem gegenüber aber ist es eine unbestreitbare Thatsache, dass die überwiegende Majorität der hervorragendsten Vertreter der Laryngologie sich nur mit dieser, und eine eben so grosse Majorität der bedeutendsten Otologen sich nur mit letztgenannter Specialität beschäftigt. Während die Minorität, die beide Specialitäten betreibt, bei einer gesonderten Existenz der Sectionen leicht eine Auswahl treffen und denjenigen Sitzungen beiwohnen kann, die sie am meisten interessirt, bedeutet die zwangsweise Verschmelzung beider Sectionen eine Verminderung der Sectionsthätigkeit auf nicht weniger als die Hälfte für diejenigen, welche den Arbeiten der anderen Specialität kein besonderes Interesse entgegenbringen. Bis zu dem Augenblicke, wo durch ein Plebiscit der Interessenten, welches sich in den nunmehr fast allerorts bestehenden Laryngologischen und Otologischen Gesellschaften leicht erheben liesse, der directe Wunsch nach einer Verschmelzung beider Sectionen ausgesprochen ist, kann ich die beabsichtigte Verschmelzung als m. E. nicht im Interesse meiner Specialität liegend, als einen Rückschritt in unserer bisher so erspriesslichen Stellung betrachten, und muss einem derartigen Beschlusse meine Zustimmung durchaus versagen.

Drittens endlich fühle ich mich als in England lebender und prakticirender Arzt verhindert, an den Verhandlungen eines Congresses theilzunehmen, der seinen internationalen Charakter dermassen zu vergessen scheint, dass er die weit verbreitetste der grossen Cultursprachen, die englische, vollständig aus den Sectionssitzungen verbannt, und damit britische und amerikanische Aerzte verhindert, an den Verhandlungen thätigen Antheil zu nehmen.

Ich gebe mich der Hoffnung hin, dass es noch nicht zu spät sein wird, diesen Beschluss zurückzunehmen, und ferner dass der Laryngologie dieselbe unabhängige und selbstständige Stellung wieder eingeräumt werden wird, die sie mit Ehre für sich selbst und Nutzen für die Gesammtwissenschaft bei den letzten internationalen Congressen bekleidet hat. Für diesen Fall bin ich gern bereit, mit Rath und That dem Organisationscomité einer laryngologischen Section zur Seite zu stehen; andernfalls würde ich es zu meinem Bedauern ablehnen müssen, mich in irgend welcher Weise an den Verhandlungen zu betheiligen.

Mit ausgezeichneter Hochachtung

ergebenst

Prof. Dr. Felix Semon.

Im Zusammenhang mit dieser Frage constatiren wir mit aufrichtiger Freude, dass auch die Revue hebdomadaire de laryngologie etc. bereits Stellung gegen die Beschlüsse des Moskauer Comités genommen und die Hoffnung ausgesprochen hat, dass diese Beschlüsse eine den Wünschen der Betheiligten entsprechende Aenderung erfahren werden (No. 5, 1896).

Das Wilhelm Meyer-Monument.

Der Schriftführer des deutschen Comités, Herr Dr. E. Meyer theilt uns mit, dass die Sammlungen in Deutschland rüstig fortschreiten; als besonders erfreulich bezeichnet er mit Recht, dass die medicinische Facultät Tübingen einen Beitrag von 100 Mark bewilligt hat.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XII. Berlin, April. 1896. No. 4.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **B. Fränkel** (Berlin). **Die anatomische Nomenclatur.** *Arch. f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. III. H. 1 u. 2.*

F. stellt aus dem Verzeichniss der von der Anatomischen Gesellschaft festgestellten Nomenclatur das Wesentlichste zusammen, das für die laryngologisch-rhinologische Specialität in Betracht kommt. Er appellirt an alle Fachgenossen, die neue Namengebung, welche die Berliner laryngologische Gesellschaft bereits acceptirt hat, im Interesse der Einheitlichkeit der wissenschaftlichen Sprache auch ihrerseits anzunehmen. [Der Artikel ist im Centralblatt XI, No. 17 in toto abgedruckt. Red.]

F. KLEMPERER.

2) **Jonathan Wright. Die Tuberculose der oberen Luftwege; ihre Aetiologie. (Tuberculosis of the upper air-passages; aetiology.)** *N. Y. Medical Journal. 21. September 1895.*

3) **Clarence C. Rice. Die Diagnose der Tuberculose der oberen Luftwege. (The diagnosis of tuberculosis of the upper air-passages.)** *N. Y. Medical Journal. 19. October 1895.*

4) **F. H. Bosworth. Die Beziehung zwischen vasomotorischen Störungen und Erkrankungen der oberen Luftwege. (The relation of vaso-motor disturbances to diseases of the upper air-tract.)** *N. Y. Medical Journal. 23. November 1895.*

Abdruck von auf dem 17. Congress der America Laryngological Association gehaltenen Vorträgen, über die im Congressbericht referirt werden wird.

LEFFERTS.

5) **Jacobsohn. Ueber die Coexistenz verschiedenartiger Tumoren in den oberen Luftwegen.** Dissert. Königsberg. 1895.

Die ersten 5 Fälle sind schon anderweitig von Kafemann mitgetheilt; dazu kommen 4 weitere aus der gleichen Klientel stammende Fälle. In dem ersten fand

sich neben einem Fibrom des Septum (hinterer Rand) eine polypöse Hypertrophie etwas oberhalb des ersteren, im zweiten Falle umschriebene selbständige Neubildungen lymphoiden Gewebes an der rechten Gaumentonsille und am Dach des Nasenrachenraumes; bei einem weiteren Falle ein Fibrom des weichen Gaumens und ein Papillom der hinteren Rachenwand, im letzten Falle hinter einem tuberculösen Tumor der Nase ein einfaches Fibroma oedematosum. SEIFERT.

6) **Vergely. Angina infolge von Influenza; cervicale Adenophlegmonen. (Angine pharyngée causée par l'influenza. Adéno-phlegmons cervicaux.)** *Journal de Médecine de Bordeaux. No. 44. 3. November 1895.*

Die Adenophlegmonen traten während der Reconvalescenz von der Grippe auf.

E. J. MOURE.

7) **M. Lamarque. Die Complicationen der Influenza am Uro-genital-Tractus. (Genito-urinary complications due to influenza.)** *N. Y. Medical Journal. 19. October 1895.*

Auszug aus einem Artikel der Union méd. vom 28. September 1895. Nach L. schädigt das Influenzagift sehr oft die Nieren. LEFFERTS.

8) **Pepper. Influenza. (Influenza.)** *N. Y. Med. Record. 16. December 1895.*

Rp. Chinin. sulfur . . . . 3,75.
Pulv. Digital. . . . .
Pulv. Scillae . . . . . āā 1,2.
Extr. Opii . . . . . . 0,3.
Extr. Glycyrrhizae . . q. s. ut.
f. pil. No. 30. S. 4mal tägl. 1 Pille z. n. LEFFERTS.

9) **Frederick Silk. Anästhesie bei Hals-Operationen. (Anaesthesia in throat operations.)** *Practitioner. October 1895.*

Bei Entfernung der Mandeln, adenoiden Vegetationen, bei kleinen Operationen an der Nase genüge oft Lachgas mit oder ohne etwas Aether. Die Combination von Lachgas und Aether sei zu umständlich. Wenn der Operateur schnell operirt, kann der Patient aufrecht sitzen, und sobald starke Blutung eintritt, kann der Körper vornüber gebeugt werden. Wenn der Operateur längere Zeit braucht, ist die Rückenlage am geeignetsten, und wenn Blutung eintritt, soll der Kopf nach rechts gedreht werden. Chloroform sei am besten, und wenn die einmalige Inhalation nicht genügt, soll man nachchloroformiren mit Junker's Apparat, der statt mit der Maske mit einer Röhre von 4 mm Weite versehen ist. Diese wird in den Mund eingeführt. Man muss aufpassen, dass das Chloroform sich nicht über der Glottis ansammelt. Die Aethernarkose verursacht verstärkte Blutung. Bei grösserer Operation an der Zunge, in der Mundhöhle etc. soll die Narkose nie vollständig sein.

Bei Fällen von Thyrotomie etc. giebt Verfasser Chloroform mit Junker's Apparat; Aether verursacht verstärkte Blutung und Speichelfluss.

ADOLPH BRONNER.

10) **F. Hewitt** u. **A. Marmaduke Sheild** (London). **Die Lagerung des Patienten in ihrer Beziehung zu chirurgischen Operationen und der Anwendung eines Anaestheticums. (Posture in its relation to surgical operations under anaesthetics.)** *British Medical Journal. 26. October 1895.*

Der Titel dieses am 22. Oktober 1895 vor der Royal Medical and Chirurgical Society gehaltenen Vortrags zeigt, dass es sich in ihm um die allgemeine Frage der Lagerung von Patienten bei Operationen der verschiedensten Art handelt. Es finden sich in ihm aber auch viele Bezugnahmen auf Operationen in der Nase, im Rachen und am äusseren Halse, und wir wollen nicht verfehlen, Interessenten auf das Original aufmerksam zu machen, das ebenso wie die ihm folgende Discussion ein gründliches Studium wohl verdient. SEMON.

11) **Poncet. Die Tracheotomie zur Besserung der Lungenzufälle während der Narkose. (Tracheotomy for the relief of the pulmonary accidents of general anesthesia.)** *Philad. Med. News. 6. April 1895.*

Verf. behauptet, dass nach Eintreten von Scheintod während einer Narkose durch die Tracheotomie Athmung und Herzschlag wieder in Gang gebracht werden können. Er empfiehlt deshalb, bei jeder Narkose die zur Tracheotomie nothwendigen Instrumente bereit zu halten. Die direkte Lufteinblasung durch die Canüle, sowie die rhythmischen Zungentractionen werden durch den Eingriff der Tracheotomie nicht behindert. Auch für andere Zustände von Asphyxie und längerer Syncope, so bei Scheintod durch elektrischen Schlag, Vergiftung u. s. w. ercheint die Tracheotomie gerechtfertigt. LEFFERTS.

12) **Gerbaux** (Lyon). **Die vitale Indication für die Tracheotomie bei schweren Zufällen während der Narkose. (De la trachéotomie d'urgence dans les accidents graves de l'anesthésie chirurgicale.)** *Thèse de Lyon. 1894.*

Verf. sieht in der Tracheotomie mit nachfolgender künstlicher Athmung das äusserste Mittel, das man bei Eintritt von Syncope in der Narkose versuchen soll, wenn alle anderen Mittel erschöpft sind. Unter den Fällen, die Verf. gesammelt hat, ist einer, in dem der Kranke noch 1 Stunde, nachdem der Tod anscheinend eingetreten war, wieder zum Leben erweckt werden konnte. LUC.

b. Nase und Nasenrachenraum.

13) **Lassar. Zur Behandlung rother Nasen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 31. Dermat. Zeitschr. II. Bd. 5. Heft. 1895.*

Zur Nadelung hat L. einen Nadelhalter construirt, der mit 40 goldenen Nadelspitzen besetzt ist, die an einem festen Stempel von 1 Ctm. Durchmesser befestigt sind. Dieser Stempel steht mit einem Elektromotor und einer Stossmaschine in Verbindung, wie sie zum Plombiren der Zähne gebraucht wird, und kann mit beliebig geringer oder grösserer Gewalt parallel auf die Hautoberfläche gesetzt werden. Bei der grossen Schnelligkeit und Promptheit dürfte man in wenigen Minuten tausend ganz leichte Nadelstiche appliciren und hat es voll-

ständig in der Hand, wie tief dieselben gehen sollen. Unter etwas Salicylpaste schliessen sich die kleinen Stiche bis zum nächsten Morgen so, dass die Pat. nichts mehr zu thun haben. Hie und da tritt etwas Blut als Sugillation in das Gewebe, wird aber in wenigen Tagen resorbirt.

SEIFERT.

14) **Lassar. Ueber Rhinophyma.** *Dermat. Zeitschr. II. Bd. 5. Heft. 1895. Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 31.*

Wesentlich pathologisch-anatomische Bemerkungen. Es handelt sich bei dieser Neubildung um die Form eines Cyst-Adenofibroma, um eine gutartige homoplastische Tumorenbildung, ohne jede wuchernde Betheiligung des deckenden Epithels. Jedenfalls muss in den Talgdrüsen selbst ein Reiz stecken, welcher die Hypersecretion und damit die cystische Ausweitung anregt; die Bindegewebsbildung schliesst sich erst in zweiter Linie und peripher an die Drüsenhypertrophie an.

SEIFERT.

15) **Redactionelle Notiz. Eczem der Nase. (Eczema of the nose.)** *N. Y. Med. Journal. 16. December 1895.*

Beim Eczem der Nase, das gerade an der Uebergangsstelle von Haut in Schleimhaut und verbunden mit interstitieller Keratitis auftritt, sind die Erfolge von Eisenjodid-Syrup in geeigneten Dosen sehr ins Auge fallend. Diese Fälle, die man häufig in der poliklinischen Praxis bei den Kindern der Armen sieht, werden durch locale Behandlung allein selten gebessert.

LEFFERTS.

16) **Alderson** (London). **Fressendes oder epitheliomatöses Geschwür an der Nase. (Rodent or epitheliomatous ulcer on the nose.)** *British Med. Journal. 21. December 1895.*

Demonstration des Patienten, eines 90jährigen Mannes, vor des West London Medico-chirurgical Society. Das Geschwür hatte sich aus einer mit Aetzmitteln behandelten Warze entwickelt. Allseitig wurde Operation angerathen.

SEMON.

17) **De Buck** u. **Vanderlinden. Beitrag zur Diagnose flüssiger Tumoren an der Nasenwurzel. (Contribution au diagnostic des tumeurs liquides de la racine du nez.)** *La Flandre Méd. No. 22. 1895.*

32jährige Patientin mit einer breit aufsitzenden, von normaler Haut bedeckten kastaniengrossen Geschwulst in der Mittellinie der Nasenwurzel; kein Schmerz noch sonstiges subjectives Gefühl; fluctuirend, nicht reduktibel, entstanden nach einem Trauma, aller Wahrscheinlichkeit nach eine Dermoidcyste. Operation verweigert.

BAYER.

18) **Van Duyse** (Gand). **Histogenes Endotheliom der Haut der Nase. (Endothéliome hyalogène de la peau du nez.)** *Bulletin de l'Acad. Roy. de Méd. de Belgique. No. 4. 1895.*

Geschwulst von der Grösse einer grossen Welschnuss oder Mandarine bei einer 83jährigen Frau, welche auf der Nasenspitze und den Nasenflügeln aufsitzt und unregelmässig, höckerig ist, ohne Ulceration, noch Schmerzen; die bedeckende

Haut ist glatt, dünn, von fester Consistenz, ja ziemlich derb; keine Drüsenanschwellung. — Abtragen mit dem Messer und rasche Vernarbung. Drei Monate nachher Tod an Bronchopneumonie. In der Mitte der Nasolabialfalte ein hartes Knötchen gebildet, welches mit der Haut verschiebbar ist und die Grösse einer Mandel hat; röthliches Aussehen.

Die histologische Untersuchung des Nasentumors ergab: 1. fibröses, maschenförmiges Gewebe, welches den Tumor unter Formation grosser Alveolen durchsetzt; 2. neoplastische Elemente, und 3. hyaline Partien.

Der Nasolabialknoten besteht aus: 1. Endothelialzellen, in anastomosirenden Zellen (Cylindern, Kanälen) angeordnet, 2. fundamentalem Zellgewebe und 3. gestreiften Muskelfasern.

Der Autor bespricht noch in eingehender Weise die einschlägige Literatur.

BAYER.

19) **Bobone** (S. Remo). **Seröse Perichondritis des rechten Nasenflügels. (Pericondrite sierosa dell'ala destra del naso.)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1895. No. 6.*

B.'s Fall soll der erste veröffentlichte Fall von seröser Perichondritis des Nasenflügels sein. Er wurde bei einer 19jährigen Schusterin beobachtet. Basis des rechten Flügels und Sulcus nasogenius von einer halbkugeligen, fluctuirenden, durch normale Haut bedeckten, unbeweglichen, nicht schmerzhaften Geschwulst emporgehoben. Von Seite der Nasenhöhle eine andere, einen Theil der unteren Muschel einnehmende, fluctuirende, mit normaler Schleimhaut bedeckte, gleichfalls unempfindliche, dem Septum sich nähernde Geschwulst. Beide Geschwülste fluctuiren bei der combinirten Palpation, d. h. sie bilden eine einzige Geschwulst. — Keine traumatische Veranlassung vorhergegangen. Bei der Punction entleerte man 1 ccm einer klaren, durchsichtigen, gelblichen Flüssigkeit. Nach 15 Tagen durch neue Punction Entleerung eines halben Cubikcentimeters derselben Flüssigkeit. Vollständige Heilung.

Anderthalb Jahre später dieselben Erscheinungen links, aber ohne manifeste Fluctuation. In der That blieb die Punction erfolglos. Es wurden Frictionen mit Ung. cinercum verordnet. Die Frau stellte sich nicht mehr vor.

B. ist der Meinung, es habe sich dabei um primäre seröse Perichondritis des Nasenflügels gehandelt.

TOTI.

20) **C. A. Bergh** (Schweden). **Absentia nasi e lueto. Rhinoplastik (ad modum Koenig).** *Hygiea. 1895. S. 559.*

Schönes kosmetisches Resultat.

SCHMIEGELOW.

21) **Schimmelbusch** (Berlin). **Ein neues Verfahren der Rhinoplastik und Operation der Sattelnase.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 50. Bd. 4. Heft. 1895.*

Dies von Sch. angegebene Verfahren ist bis jetzt 9mal für die totale Rhinoplastik und 3mal für die Operation der Sattelnase ausgeführt worden. Dem Operationsplan liegt die Idee zu Grunde, der neuen resp. zu hebenden Nase in ganzer Ausdehnung stabile Wandungen aus Knochen zu geben, diese äusserlich und

innerlich erst zu überhäuten und exact, wenn möglich mit fester knöcherner Vereinigung auf die Apertura pyriformis aufzuheilen.

Die Details der Ausführung mögen im Originale nachgesehen werden.

SEIFERT.

22) **Jonnesco. Totale Rhinoplastik nach italienischer Methode; nach v. Graefe. (Rhinoplastie totale par la méthode italienne. Procédé de Graefe.)** *Bullet. et mémoires. Paris. 1895. p. 852.*

23) **Jonnesco. Totale Rhinoplastik. (Rhinoplastie totale.)** *9. Französ. Congress f. Chirurgie. October 1895.*

Bei einem jungen Menschen von 25 Jahren, der an einer enormen Acne hypertrophica der Nase litt, führte J. die Rhinoplastik nach italienischer Methode aus. Es wurde nach Abschälung der Nase ein 9 cm langer Lappen aus dem Vorderarm gelöst, derselbe über der Nase vernäht und der Arm am Kopfe durch einen geeigneten Apparat für 7 Tage fixirt. Am 8. Tage wurde der Stiel durchtrennt und die Naht vollendet. Das Resultat war ein vortreffliches.

A. CARTAZ.

24) **Lindner. Fall von Rhinoplastik.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. 1895. No. 31.*

Chirurgischen Inhalts.

LANDGRAF.

25) **Chaput** (Paris). **Wiederherstellung von Nasendifformitäten. (Réparation des difformités nasales.)** *La Belgique Méd. No. 37. 1895.*

Der Autor theilt 2 mit Erfolg operirte Fälle mit und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die von Martin aus Lyon erfundene Prothese aus Metall bildet eine ausgezeichnete Methode zur Verbesserung von Nasendifformitäten unter der Bedingung, dass man die Technik von Martin modificirt. Anstatt den Dreifuss in Communication mit aussen zu lassen, muss man ihn vollständig ins Innere der Gewebe begraben, gerade wie eine verlorene Ligatur. 2. Wenn die Haut der Nasengegend gesund ist, genügt es, den Lappen mit der Basis nach unten loszupräpariren und ihn nach unten zurückzuschlagen, den Dreifuss in den Knochen zu fixiren und dann den Hautlappen wieder anzulegen und durch Nähte zu fixiren. 3. Ist die Haut schlecht oder fehlt sie, dann muss man den Apparat zwischen zwei Hautlappen placiren, so dass sich gegenseitig die wunden Seiten zugekehrt sind. 4. Die Beobachtungen der Autoren beweisen, dass der Dreifuss unendlich lange ertragen wird.

BAYER.

26) **Laurens. Beziehungen der Krankheiten der Nase und ihrer Adnexe zu den Krankheiten der Augen. (Rélations des maladies du nez et de ses annexes avec les maladies des yeux.)** *Gaz. des hôpit. 7. September 1895.*

Eine wohl gelungene kritische Uebersicht über die Augencomplicationen bei Affectionen der Nasenhöhle und ihrer Nebenhöhlen.

A. CARTAZ.

27) **Lichtwitz** (Bordeaux). **Die Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase und ihre Folgezustände in anderen Körpertheilen.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandl. u. s. w. Heft 7.*

Die Complicationen dieser Eiterungen beziehen sich auf:

1) die Nasenhöhle im engeren Sinne.

Die Schleimhaut der Nasenmuscheln kann atrophirt sein oder hypertrophisch; manchmal äussert sich die Affection unter dem Bilde einer Rhinitis caseosa. Ferner kommen vor kleine Polypen, Wncherungen im Bereich des Hiatus semilunaris. Grössere Schleimpolypen, die sich ebenfalls finden, sind vielleicht eher die Ursache als die Folgen des Empyems. Sehr häufig besteht Kakosmie.

2) Nasenrachenraum und Rachenhöhle.

Nasenrachencatarrh, Anschwellungen und Abscesse der Rachen- und Gaumenmandeln,Retropharyngealabscess, typhusähnlicheErscheinungen.

3) Augen.

Dacryocystitis, Exophthalmie, hochgradige Injection der Netzhautvenen, Sehnervenatrophie.

4) Ohren.

Otitis suppurativa, Otitis media subacuta und chronica, nervöses Ohrensausen und Schwindel.

5) Schädel und Gesicht.

Cephalalgie, Trigeminusneuralgie, schwere intracranielle tödtliche Complicationen.

6) Gesichtshaut.

Gesichtserysipel, Eczem des Naseneingangs, Acne rosacea der Nase und Wangen, Erythem mit fliegendem Oedem.

7) Die tieferen Athemwege,

Acute und subacute Laryngitis, Pseudotuberculose, vorübergehende broncho-pneumonische Vorgänge, asthmatische Zustände.

8) Verdauungswege.

Dyspepsie, Darmstörungen.

9) Gefäss- und Herzerkrankungen.

Pulsverlangsamung, Phlebitis der unteren Gliedmaassen, Aorteninsufficienz (?), Nierenorkrankungen (?), Gelenkentzündungen (?) und Muskelrheumatismus (?).

Als Allgemeinerkrankungen kommen vor: Schwäche, Abmagerung, Fieber, Schlaflosigkeit, Schlafsucht, Aprosexie, Cerebrasthenie, Melancholie u. a. Zum Schluss bespricht L. kurz die Behandlung der Nebenhöhleneiterungen.

A. ROSENBERG.

28) **Liaras. Osteom der Stirnhöhle. (Osteome du sinus frontal.)** *Journal de médecine de Bordeaux. No. 34. 25. August 1895.*

Der Fall betrifft einen jungen Mann von 23 Jahren mit Exophthalmus und Schmerzen in den Schläfen. Die Abtragung der Geschwulst gelang relatif leicht durch Umklappen der Nase auf die Seite (einseitige Incision). Der Tumor, der 50 g weg, hatte eine ziemlich umfangreiche Fortsetzung zur linken Nasenhöhle hin.

E. J. MOURE.

29) **Depage. Vorstellung eines Kranken operirt durch Auskratzen der Nasenhöhle, der Siebbeinzellen, der Sin. maxill. und sphenoid. wegen Sarcoms. (D.**

présente un malade operé de raclage des fosses nasales des cellules éthmoïdales, des sinus maxillaires, des sinus sphénoidales pour sarcome.) *Journal de Méd. No. 2. 1895.*

D. stellt in der kgl. Gesellschaft für Medicin und Naturwissenschaften von Brüssel am 3. December 1894 einen Kranken vor, dessen Nase etc. er wegen Sarcoms der Nasen- und Nasennebenhöhlen ausgekratzt hatte, nachdem durch einen Medianschnitt von der Basis der Nase an bis zum Munde, die Nasenhöhlen weit eröffnet waren. Diese Operation hinterlässt eine unbedeudende Difformität, wie der Kranke beweist.

BAYER.

30) **W. X. Cudduth. Weite Kieferhöhlen bei grossen Sängern. (Large antra of great singers.)** *N. Y. Med. Record. 26. Januar 1895.*

Verf. meint, dass grosse Sänger sehr stark entwickelte, weite Kieferhöhlen haben. Diese wechseln nach seinen Untersuchungen ausserordentlich bei verschiedenen Individuen; sie haben keine bestimmte Form; eine oder beide fehlen manchmal ganz oder sind sehr klein. Im Allgemeinen stehen sie im Verhältniss zur Breite des Gesichts. Die Luft in ihnen schwingt ebenso, wie die in der Nase, beim Produciren von Tönen mit. Es giebt einen Typus des Sängers und Redners, der unter anderen Zeichen auch durch eine starke, jedoch harmonische Entwicklung der Kieferhöhlen sich geltend macht.

LEFFERTS.

31) **J. Herzfeld** u. **Fr. Heymann** (Berlin). **Bacteriologische Befunde in 10 Fällen von Kieferhöhlen-Eiterung.** *Archiv für Laryngologie u. Rhinologie. Bd. III. H. 1 u. 2. 1895.*

Die Verff. führen die in den einzelnen Fällen gezüchteten Bacterien ausführlich auf. Als bedeutungsvoll heben sie einmal die geringe Pathogenität der gefundenen Microorganismen und zweitens den Umstand hervor, dass sich Bacterien fanden, die bei Brüttemperatur nicht fortkamen, während sie bei 28° lebhaft wuchsen. Die Verf. erklären diese auffallende Erscheinung mit den Temperaturverhältnissen der Nase, die im Mittel 30° hat.

F. KLEMPERER.

32) **Z. Dmochowski. Beitrag zur Aetiologie und pathologischen Anatomie der entzündlichen Processe des Antrum Highmori. (Przyczynek do etyologii i anatomji patologicznej spraw zapalnych w jamie Highmor'a.)** *Pamietnik. T. L. W. Tom. XC. 1894.*

Die sehr interessante und wichtige Arbeit beruht auf 304 anatomisch-pathologischen Untersuchungen, auf Grund welcher Verf. genau die verschiedenen Arten und Folgezustände der Entzündungen des Antrum Highmori auseinanderhält (Cysten, Polypen, Osteoma etc.) Sehr eingehend werden die chronischen Empyeme abgehandelt. In ätiologischer Hinsicht wurden genaue bakteriologische Untersuchungen vom Verf. vorgenommen. Es wurden bei Empyemen 3 Mal der Staphylococcus pyogenes aureus, 10 Mal der Bacillus pyogenes foetidus, 3 Mal Streptococcus pyogenes, 2 Mal der Friedländer'sche Bacillus und 1 Mal Bacillus pyocyaneus gefunden.

Die interessanten anatomisch-pathologischen Details eignen sich nicht zum Referate und müssen in Original der Arbeit, die auch im Archiv für Laryngologie (Bd. III) erschienen ist, nachgelesen werden. A. v. SOKOLOWSKI.

33) **Milligan. Die Aetiologie des Empyems der Highmors-Höhle. (Etiology of antral suppuration.)** *Brit. Med. Journal. 5. Januar 1895.*

Kurzer Bericht über einen in der Clinical Society of Manchester gehaltenen Vortrag. ADOLPH BRONNER.

34) **Wohnlich** (Gondelsheim). **Ueber das Empyema antri Highmori.** Dissertat. Heidelberg. 1895.

Sehr sorgfältig ausgearbeitete Monographie über das Kieferhöhlenempyem mit besonderer Berücksichtigung der bis zum Jahre 1895 in der ambulatorischen Klinik von Jurasz beobachteten 55 Fälle. Von diesen entfallen auf das männliche Geschlecht 30, auf das weibliche 22, der jüngste Patient war 18, der älteste 59 Jahre alt. 26mal rechtsseitige, 29 mal linksseitige, 3 mal doppelseitige Erkrankung, 29 Heilungen, 2 mal Recidive. Die Behandlung geschah mit dem von Jurasz angegebenen Deuxcart und der Doppelcanüle vom unteren Nasengang aus. In besonders günstigen Fällen wurden auch die Auspülungen der Nasenhöhle durch die natürliche Oeffnung mit Hülfe des Doppelrohres vorgenommen. SEIFERT.

35) **Avellis** (Frankfurt a. M.). **Einige kurze klinische Bemerkungen zur Lehre vom Kieferhöhlenempyem.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. II., 3. 1895.*

Verf. berichtet über einige interessante Beobachtungen, die für die Diagnostik des Kieferhöhlenempyems von Werth sind. Einer seiner Fälle kam als „reines Magenleiden" in Behandlung, bei einem anderen war ein „fliegendes Oedem" einer Gesichtshälfte das wesentlichste Symptom. Das Oedema fugax soll im Gegensatz zur Schwellung der Wange durch Infiltration nicht druckempfindlich sein. Der Gesichtsabcess — Durchbruch des Empyems durch die faciale Wand kann nicht blos bei geschlossener Kieferhöhle, sondern auch nach der Eröffnung derselben noch sich ausbilden. Den Schluss der Arbeit bildet die Krankengeschichte eines Falles von acutem Eintritt des Empyems und Heilung in 5 Tagen.

F. KLEMPERER.

36) **P. Raugé. Ueber die Chirurgie der Kieferhöhle und ihre Fortschritte seit 10 Jahren. (Sur la chirurgie du sinus maxillaire et ses progrès depuis dix ans.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 2. Februar 1895.*

Verf. erörtert die Stellung, welche die Kieferhöhle in der Pathologie der Nase gewonnen hat und reiht daran eine kritische Besprechung der verschiedenen Symptome des Empyems dieser Höhle. Den Werth absoluter Zuverlässigkeit erkennt Verf. nur der Probeausspülung zu. Ist der Abscess constatirt, so kann man die Katheterisation der natürlichen Oeffnung des Sinus versuchen, die keineswegs so schwer auszuführen ist, als man gemeinhin annimmt. Gelingt dies aber nicht, so muss man die Höhle eröffnen u. z. vom unteren Nasengang, von der Fossa canina oder besser noch von der Alveole aus. E. J. MOURE.

37) **Strazza** (Genua). **Fälle von Empyem der Highmorshöhle, die sogenannte Rhinitis caseosa vortäuschend. (Casi di empiema del seno mascellare, simulanti la cosiddetta rinite caseosa.)** *Boll. d. Mal. dell'Or. 1895. No. 2.*

Es sind 2 Fälle, die S. sich entschlossen hat zu veröffentlichen, nicht etwa weil dieselben eine specielle Bedeutung darstellen, sondern bloss um Prof. Cozzolino nochmals Anlass zu geben, eine exacte Beschreibung seiner Rhinitis caseosa vera zu liefern. „Wenn Prof. Cozzolino eine solche exacte Beschreibung liefert, dann werden wir Alle ihm dankbar dafür sein, dass er in Italien eine neue Krankheit beschrieben hat; im entgegengesetzten Falle lasse man diese Benennung fallen, welche meines Erachtens nichts anderes darstellt, als einen diagnostischen Irrthum". So sagt Strazza — und, wie es dem Referenten scheint, mit vollstem Recht.

TOTI.

38) **Panas. Amaurosis nach Eiterung der Kieferhöhle. (Amaurose consécutive à une suppuration du sinus maxillaire.)** *Acad. de Médecine. 12. März 1895.*

Im Verlaufe eines vom Zahne ausgehenden Kieferhöhlenempyems entstand eine Phlegmone der Orbita mit Exorbitis und Amaurose auf der erkrankten Seite. Trotz des chirurgischen Eingriffs kam es zu meningitischen und cerebralen Erscheinungen und zum Exitus. Bei der Section fand sich eitrige Meningitis an der Basis und ein Abscess im Stirnlappen. Die Communication zwischen Gehirn und Orbita war durch eine Perforation der Orbitaldecke in der Gegend des kleinen Keilbeinflügels zu Stande gekommen. Die Amaurose erklärte sich durch Compression des Nervus opticus hinter dem Foramen opticum durch die zellige Infiltration der Nervenscheide. Während in dem Sinuseiter der Staphylococcus sich fand, war die Meningitis durch Streptococcen bedingt, weshalb Verf. auf eine secundäre Infection schliesst.

LUC.

39) **C. G. Coakley. Empyem der Highmorshöhle. (Empyema of the antrum of Highmore.)** *N. Y. Med. Journal. 23. März 1895.*

Bericht über 2 Fälle.

LEFFERTS.

40) **Samuel Lloyd. Die chirurgische Behandlung des Highmorshöhlenempyems. (The surgical treatment of empyema of the antrum.)** *N. Y. Medical Record. 9. Februar 1895. N. Y. Med. Journal. 27. April 1895.*

Die Diagnose stützt sich auf den Eiterausfluss, Schwellung der Backe, Röthung des Zahnfleisches, das Fehlen der Durchleuchtbarkeit etc. Die chirurgische Behandlung besteht in der Eröffnung der Höhle, Reinigung und Drainage. Was die Stelle anlangt, von der aus man eingehen soll, so fällt beim Anbohren von der Alveole aus die Oeffnung zu klein aus; grössere Oeffnungen gestattet das Anbohren von der Backe her und durch die Nase. Von dem harten Gaumen aus einzugehen, ist noch nie empfohlen worden.

LEFFERTS.

41) **J. Wright. Einige persönliche Erfahrungen über die Eiterung der Nasennebenhöhlen. (Some personal experiences with suppuration of the accessory nasal cavities.)** *Brooklyn Med. Journal (N. Y.). Juni u. Juli 1895.*

Verf. stellt 14 Fälle zusammen und kommt bezüglich der Therapie zu folgenden Schlüssen:

1) In acuten Fällen beschränkt man sich, ehe man die Höhle eröffnet, auf die blosse Reinigung der Nase mindestens 1—2 Monate lang, wofern nicht sehr drängende Symptome vorhanden sind.

2) Mit Einspritzungsversuchen durch den Hiatus semilunaris hindurch Zeit zu verbringen, erscheint nicht angebracht.

3) Hindernisse, die in der Nase selbst liegen zu entfernen, ist wichtig und ein wesentlicher Theil der Behandlung, für sich allein aber nicht ausreichend, die Höhlenerkrankung zu heilen. Gelegentlich freilich werden oberflächliche Formen ethmoidaler Erkrankung dadurch geheilt.

4) Eröffnung durch die Alveole ist nur da am Platze, wo ein kranker Zahn vorliegt, dies ist aber gewöhnlich der Fall. Eine eingelegte Silbercanüle soll nicht länger als 3—4 Wochen liegen bleiben und während dieser Zeit regelmässig ausgespritzt werden.

5) Ist die Eröffnung von der Alveole aus nicht indicirt oder misslungen, so soll die Höhle von ihrer vorderen Wand her eröffnet werden und zwar oberhalb der Alveolarreihe, aber so tief am Boden als möglich. Die Oeffnung soll gross genug sein, um den Finger zur Untersuchung einführen zu können. Die ganze Höhle wird dann gründlich mit Jodoformgaze ausgestopft und die Tamponade 2—3 Wochen lang durchgeführt.

6) Ist dieses Verfahren nicht wirksam und dauert die Eiterung fort, dann muss die Höhle offen erhalten und regelmässig alle Tage ausgespritzt werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

42) **H. Burger** (Amsterdam). **Nachbehandlung der sogenannten „radicalen" Operation des Highmorsempyems. (Nabehandeling van de zoogenaamde „radicale" operatie van het empyeem der Highmorsholte.)** *Werken van het Genootsch. t. Bev. d. N.-, G.- en Heelk. Serie II. Th. I. Lief. 7. Blatt 4.*

Demonstration zweier Patienten, bei welchen B. die breite Eröffnung der Kieferhöhle in der Fossa canina ausgeführt und zur Nachbehandlung Kautchuk-Tampons nach Jansen verwendet hat. B. macht die radicale Operation nur in Fällen wo andere Behandlungsweisen während längerer Zeit erfolglos angewendet worden, und in solchen Fällen wo von vornherein anzunehmen ist, dass mit einfachen Durchspülungen eine Heilung nicht erreicht werden kann. Das sind die Fälle, wo die knöchernen Wandungen der Höhle erkrankt sind, wo das Antrum mit Granulationen ausgefüllt ist oder sich eine Neubildung im Antrum befindet. B. ist vorläufig mit der Jansen'schen Nachbehandlung sehr zufrieden.

Autoreferat.

43) **Chas. H. Baker. Ein einzigartiger Fall von combinirter Highmorshöhlen- und Mastoiderkrankung. (A unique case of combined antrum and mastoid disease.)** *N. Y. Med. Record. 9. März 1895.*

Der Fall steht wohl dadurch allein da, dass gleichzeitig ein Empyem der Highmorshöhle und Eiterung des Warzenfortsatzes eintrat, und dass die letztere directe Folge des ersteren war.

LEFFERTS.

44) **Schleicher. Radicaloperation eines chronischen Empyems des Sin. maxill., Krankenvorstellung. (Schl. présente un malade ayant subi l'opération radicale de l'empyème chronique du sin. maxill.)** *Annal. Soc. Méd. Anvers. Juni 1895.*

Vollständige Resection der vorderen Wand des Sin. maxill. mit Anbringen eines voluminösen Tampons aus Ebonit, welcher die ganze Höhle ausfüllte. Pat. ist befriedigt.

BAYER.

45) **Dor. Kieferhöhlenentzündung mit Ausgang von den Zähnen. (De la sinusite maxillaire d'origine dentaire.)** *Archives médicales de Toulouse. No. 15. 15. August 1895.*

Drei Zeichen characterisiren dieses Leiden: der Schmerz, die schleimigeitrige Secretion und die Schwellung. Verf. verwirft die Probepunction vom unteren Nasengang aus.

E. J. MOURE.

46) **v. Chrzanowski. Ueber das Empyem des Antrum Highmori.** Dissertation. Königsberg. 1895.

Bei einem 38jährigen Pat. hatte sich in Folge eines chronischen Empyems der Kieferhöhle (durch Zahncaries hervorgerufen) ein Polyp im mittleren Nasengang entwickelt. Erst wurde dieser abgetragen, dann die Kieferhöhle von der Fossa canina aus eröffnet, ausgekratzt, tamponirt, später ein Obturator angelegt.

SEIFERT.

47) **P. Mc Bride** (Edinburgh). **Einiges zur Diagnose, Prognose und Behandlung der Eiterung gewisser knöcherner Höhlen. (Some questions with regard to the diagnosis, prognosis and treatment of suppuration in certain osseous cavities.)** *Edinburgh Med. Journal. Juni 1895.*

Der Verf. bespricht zuerst die Mittelohreiterungen, dann die der Nasennebenhöhlen, von denen er namentlich das Empyem der Stirnbeinhöhle für schwer zu diagnosticiren hält. Nasenpolypen können unabhängig von der Eiterung entstehen oder aber durch die Eiterung im Antrum oder einer anderen Nebenhöhle bedingt sein. Zuletzt bespricht Verf. die verschiedenen Behandlungsmethoden; bei alten Abscessen der Highmorshöhle zieht er selbst die Eröffnung und Drainirung vom Alveolus aus vor.

A. LOGAN TURNER (P. M'BRIDE).

48) **Noltenius. 37 Fälle von seröser Erkrankung der Oberkieferhöhle.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 4. 1895.*

N. beobachtete eine seröse Erkrankung der Kieferhöhle, die sich durch Ansammlung einer zumeist ganz klaren, schwach bernsteingelben Flüssigkeit documentirte. Die Diagnose ist nur durch die Probepunktion zu stellen, die N. mittelst eigens construirtem Trocarts vom unteren Nasengange aus macht. Die Symptome sind sehr unsicher, zuweilen identisch mit jenen bei Empyem, zuweilen bestanden Kopfschmerzen, plötzlich auftretender Schnupfen oder auch Nasenverstopfung. Durchspülungen der eröffneten Kieferhöhle sind nicht nöthig, im Gegentheil sah N. danach mehrfach Verschlimmerung.

SCHECH.

49) **J. Kekwick. Empyem der Highmorshöhle tuberculösen Ursprungs. (Antral empyema of tuberculozs origin.)** *Brit. Journ. Dent. Science. 15. März 1895.*

Es wurde Jodoform insufflirt; Tuberkelbacillen waren im Eiter zu finden.

ADOLPH BRONNER.

50) **Ziem. Nochmals die Ueberschätzung der Durchleuchtung der Kieferhöhle.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 5. 1895.*

Empfehlung der Probeanbohrung und Ausspritzung der Kieferhöhle als des sichersten Mittels zur Erkennung auch kleiner Eitermengen, welche bei der Durchleuchtung doch noch Licht in das Auge fallen lassen und so zur Täuschung Anlass geben. Gegen Burger erklärt Ziem, dass das Fehlen einer zubjectiven Lichtempfindung in einem ansehnlichen Theile der Fälle nicht auf Anwesenheit einer Eiterung, sondern auf grössere Dicke der Sinuswandung beruht und dass Lichtempfindung nicht nur bei geringer, sondern auch bei starker Eiterung vorhanden sein kann.

SCHECH.

51) **Gouly. Fremdkörper der Kieferhöhle und ihre Ausstossung durch den Hiatus semilunaris. (Des corps étrangers du sinus maxillaire et en particulier de leur elimination par l'hiatus semilunaire.)** *Arch. internat. de Laryngologie. No. 1. 1895.*

Der Verf. berichtet über einen Fall von Eindringen eines Fremdkörpers (Canülenspitze) in die Highmorshöhle durch eine künstliche Oeffnung. Während einer von der Alveolaröffnung aus vorgenommenen Injection trat der Fremdkörper aus der natürlichen Oeffnung der Kieferhöhle heraus.

E. J. MOURE.

52) **Baratoux. Fremdkörper der Kieferhöhle. (Des corps étrangers du sinus maxillaire.)** *Revue de Laryngologie etc. No. 5. 1. März 1895.*

Die Fremdkörper des Antrum entstehen innen (selten) oder kommen von aussen her und zwar werden sie von der Backe her eingeführt, vom Zahnfleisch her, durch die Nase oder endlich durch künstliche Oeffnungen, die behufs Auswaschung des Sinus chirurgisch geschaffen wurden. Verf. berichtet über zwei Fälle dieser Art.

E. J. MOURE.

53) **Baratoux. Fremdkörper der Kieferhöhle. (Des corps étrangers du sinus maxillaire.)** *Progrès méd. 6. April 1895.*

B. stellt die hauptsächlichen bisherigen Beobachtungen zusammen und fügt zwei eigene Fälle hinzu. Im einen drang ein Wattetampon in die Kieferhöhle nach Entfernung eines cariösen Zahnes ein, im zweiten ein Laminariastift, der 6 Jahre liegen blieb trotz mehrfacher Operationen, bei denen der Fremdkörper nicht erkannt wurde.

A. CARTAZ.

54) **Brunswig. Fremdkörper der linken Kieferhöhle. (Corps étranger du sinus maxillaire gauche.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 8. August 1895.*

Ein eigenartiger Fall; in der Kieferhöhle des Pat. fanden sich eine ganze Masse Fremdkörper, Strohhalme, Streichhölzer, Kirschkerne etc. Der Kranke hatte

sich einen Backzahn ziehen lassen und dabei war die Eröffnung der Höhle zu Stande gekommen. Der Verf. schliesst an die Krankengeschichte einige Rathschläge bez. der Extraction von Fremdkörpern aus der Kieferhöhle an.

E. J. MOURE.

55) **Van Duyse. Tubulöses Angiosarcom (Endothélioma) der Highmorshöhle. (Angiosarcome [endothéliome] tubuleux de l'antre d'Highmore.)** *Annal. Soc. méd. Gand. Janvier 1895.*

Van Duyse liefert eine detaillirte histologische Beschreibung eines Angiosarkoms resp. Endothelioms der Highmorshöhle mit eingehender Berücksichtigung der einschlägigen Literatur.

BAYER.

56) **A. H. Cleveland. Carcinom der rechten Kieferhöhle. (Carcinoma of right maxillary antrum.)** *Philad. Med. News. 9. März 1895.*

Krankengeschichte des Falles, der ohne Operation zum Exitus kam.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

57) **Redactionelle Notiz. Verfälschungen von Schuhen und Halserkrankungen. (Adulterated boots and ulcerated throats.)** *N. Y. Medical Record. 16. December 1895.*

Die Verfälschung trifft jetzt alle Dinge und ist auch dem Schuhzeug nicht erspart geblieben. Aus London wird gemeldet, dass es dort so etwas wie „gefälschte Schuhe“ gebe. Gewisse Arten von billigen Stiefeln sollen zwischen der äusseren und inneren Sohle ein schwammiges Diaphragma von Sägespähnen und Zucker tragen. Diese Zwischenlage wird, einmal feucht geworden, nie wieder trocken; die Träger solchen Schuhwerks neigen dadurch zu Halserkrankung, Rheumatismus, Schnupfen u. s. w.

LEFFERTS.

58) **Ch. Gevaert** (Gent). **Die Scharlachangina. (De l'angine scarlatineuse.)** *La Belgique Méd. 27. 1895.*

G. giebt eine detaillirte Beschreibung der Ang. scarlat.; er verweist auf die Differentialdiagnose zwischen der Ang. scarlat. und diphtheritica, bei welcher nur die bacteriologische Diagnose die endgültige Entscheidung giebt.

Er theilt bei dieser Gelegenheit einen Fall mit von einem 5jährigen Mädchen mit Scharlachangina, Larynxstenose, drohender Asphyxie, Tracheotomie — Tod; ferner einen anderen Fall von Angina dipht. bei einem fünfjährigen Jungen, welcher in der Reconvalescenz von Scharlach in der 4. Woche von einer Angin. diphth. befallen und durch Antitoxinseruminjektionen zur Heilung gebracht wurde.

BAYER.

59) **H. Suchannek** (Zürich). **Die Beziehungen zwischen Angina und acutem Gelenkrheumatismus.** *Bresgen's Sammlung zwangl. Abhandl. u. s. w. Heft 1.*

Das Schlussergebniss dieser lesenswerthen und sehr fleissigen Arbeit ist fol-

gendes: Wir handeln vorläufig rationell, wenn wir den akuten multiplen Gelenkrheumatismus als infektiöses Leiden auffassen, das in der Form einer abgeschwächten Pyämie verläuft. Die Infektion setzt in einer stattlichen Reihe von Fällen am Waldeyer'schen Rachenring speciell an den Gaumenmandeln ein. Bei der Angina sind die verschiedensten Bakterien gefunden worden, vor allen Staphylokokken allein oder mit Streptokokken vereint. Ihre Kolonien schieben sich von der Schleimhautoberfläche in die Tiefe vor, erfüllen die Lymphspalten und gelangen durch Arrosion der Lymph- und Blutgefässe in Folge von Gewebsnekrose in die Circulation. Weiterhin entstehende Thrombophlebitis wird der Anlass zu Embolien und Metastasen. — Im Grossen und Ganzen begegnen wir nun beim Gelenkrheumatismus den nämlichen pyogenen Bakterien wie bei der Angina. Ebenso weist die klinische Beobachtung einen Zusammenhang zwischen Angina und der Polyarthritis nach, deren Vorläufer jene nicht selten ist.

S. bringt zur Stütze der innigen Beziehungen dieser beiden Erkrankungen ein sehr reiches literarisches Material herbei, sowie eigene Untersuchungen und Beobachtungen. Die Häufigkeit ihres Vorkommens verhält sich verschieden, je nach der geographischen Lage des Ortes, den ökonomischen und hygienischen Verhältnissen seiner Bewohner und ihrer Intelligenz und Reinlichkeitsliebe. —

„Es ist der Hygiene des Mundrachens behufs Abstumpfung der Vulnerabilität der Eingangspforte und Verhütung eines Haftens der pathogenen Mikroben durch fleissiges Gurgeln mit unschädlichen Antisepticis alle Sorgfalt zu widmen."

Selbstverständlich ist eventuelle Mundathmung zu beseitigen, chronische Tonsillitis, Hypertrophie der Tonsillen u. s. w. entsprechend zu behandeln.

A. ROSENBERG.

60) **S. Sterling. Acute Angina und Gelenkrheumatismus. (Zapalenie gardzieli i ostry gosciec stawowy.)** *Kronika lekarska. No. 15. 1895.*

Verf. beschreibt 5 Fälle von Tonsillitis lacunaris, in deren Verlaufe ein akuter Gelenkrheumatismus sich entwickelte. Verf. glaubt, dass in derartigen Fällen die Tonsillen die Eingangspforte für die rheumatische Infektion bilden.

A. v. SOKOLOWSKI.

61) **Geo B. Hope. Hängt acute Mandelentzündung irgendwie mit rheumatischer Diathese zusammen? (Is acute amygdalitis in any way dependent on the rheumatic diathesis?)** *N. Y. Med. Journal. 17. August 1895.*

Abdruck eines auf dem 17. Congress der Americ. Laryngolog. Association gehaltenen Vortrags; Referat folgt im Verhandlungsbericht. LEFFERTS.

62) **Delie. Die ulceröse folliculäre Mandelentzündung. (De l'amygdalite folliculaire ulcérée.)** *Revue de laryngol. No. 20. 15. October 1895.*

Verf. publicirt 3 Fälle von ulceröser Tonsillitis lacunaris, wie sie von Moure (Soc. franç. de laryngol. 1895) beschrieben worden ist. E. J. MOURE.

63) **Massei. Tonsillitis. (Tonsillitis.)** *N. Y. Medical Record. 16. December 1895.*

Wenn der Patient den Mund nicht zu öffnen vermag, so ist fast stets Diph-

theritis auszuschliessen und Verdacht auf eine entzündliche, nicht-diphtheritische Form von Angina vorhanden.

LEFFERTS.

64) **Aug. Logucki. Beitrag zur Aetiologie des peritonsillären Abscesses. (Przyczynek do etyologji ropnia okotomigdatkowego.)** *Gazeta lek. No. 42. 1895.*

Auf der Dr. Sokolowski'schen Abtheilung wurden vom Verf. 11 Fälle von peritonsillärem Abscess genau bakteriologisch untersucht. Es wurden bei 6 Fällen der Staphylococcus, bei 2 Fällen der Streptococcus und bei 3 Fällen Staphylokokken und Streptokokken gefunden.

A. v. SOKOLOWSKI.

65) **Balhadère. Ueber Verdauungsstörungen bei chronischer Amygdalitis. (Sur les troubles digestifs dans l'amygdalite chronique.)** *Thèse de Paris. 1895.*

B. nimmt, wo er gleichzeitig Digestionsstörungen und chronische Mandelentzündung antrifft, einen causalen Zusammenhang zwischen beiden an. Die Alteration der Verdauungswege führt er auf die Resorption der infektiösen Produkte an dem tonsillären Herde zurück (eitrige Sekrete, käsige Massen). Diese Sekundärinfektion muss verhütet werden durch die Zerstörung der Mandel (Zerstückelung).

A. CARTAZ.

66) **Redactionelle Notiz. Chronische Mandelschwellung. (Chronic enlargement of the tonsils.)** *N. Y. Med. Record. 16. December 1895.*

Empfohlen wird Einpinselung mit 1 Jodtinctur auf 2 Glycerin einen Tag um den anderen.

E. J. MOURE.

67) **A. Lemaricy. Polypoide Hypertrophien der Mandel. (Des hypertrophies polypoides de l'amygdale.)** *Annales d. maladies de l'oreille etc. No. 5. Mai 1895.*

Beschreibung eines Falles von polypoidem Tumor der linken Mandel. Die Geschwulst wurde abgetragen und mikroskopisch untersucht; sie stellte eine einfache Hypertrophie des Mandelgewebes dar. Die Reflexionen und Untersuchungen, die Verf. an seinen Fall anschliesst, führen ihn zu dem Schluss, dass derartige Hypertrophien verschiedenen Ursprungs sein können und dass sie sich nach 2 verschiedenen Richtungen hin entwickeln, nach dem Typus des Fibroms und dem des Lymphadenoms.

E. J. MOURE.

68) **Wt. Wróblewski. Ueber das primäre syphilitische Geschwür der Gaumentonsille. (Wrzód syfilityczny pierwotny na migdatku podniebiennym.)** *Gazeta lek. No. 45. 1895.*

Verf. beschreibt zwei derartige Fälle, von welchen der zweite, der dem Ref. ebenfalls bekannt ist, besondere diagnostische Schwierigkeiten darbot. Es handelte sich um eine 44jährige Patientin, bei welcher die Anamnese eine Infektion auszuschliessen schien und der allgemeine sehr elende Zustand eine bösartige Neubildung vermuthen liess. Das Geschwür, welches Anfangs nur auf die Mandelfläche sich beschränkte, complicirte sich später mit einer Infiltration des Lig. aryepiglotticum und der hinteren Kehlkopfwand. Die specifische Behandlung, welche

anfangs ganz resultatlos verlief, beseitigte energisch fortgesetzt schliesslich sämmtliche krankhafte Erscheinungen. A. v. SOKOLOWSKI.

69) **Henry B. Hitz. Schanker der Tonsille; eine Krankengeschichte. (Chancre of the tonsil, with report of a case.)** *N. Y. Medical Record. 28. September 1895.*

Interessant an dem Falle ist der primäre Schmerz im Halse und das sehr schnell danach erfolgende Auftreten von Sekundärerscheinungen. Verf. nimmt an, dass der Schmerz nicht das erste Symptom war und die Infiltration und Ulceration der Tonsille schon Wochen vorher bestand. LEFFERTS.

70) **Sendziak. Ein aussergewöhnlicher Fall von Syphilis der Mandeln. (Cas extraordinaire de syphilis des amygdales.)** *Revue de laryngologie. No. 9. 1. Mai 1895.*

Nur eine Mandel war vergrössert, gleichzeitig die Halsdrüsen geschwollen. Die hypertrophirte Mandel war mit einem pseudomembranösen Exsudat bedeckt. Die specifische Behandlung, die erst spät in Anwendung kam, sicherte durch ihren Effekt die Diagnose. E. J. MOURE.

71) **W. Charnley. Lymphosarcom der Mandel; wiederholte Entfernung mit schnellen Recidiven. (Lympho-sarcoma of the tonsil. Repeated removals with very rapid recurrence.)** *Birmingham Medical Review. Juni 1895.*

Die Geschwulst wurde vom Munde aus mit der Drahtschlinge entfernt, und zwar dreimal in 8 Wochen!! ADOLPH BRONNER.

72) **E. Lamphear. Zwei Fälle von Sarcom der Tonsille, Tod in einem Falle nach der Ligatur der Carotis; im anderen Recidiv und Tod. (Two cases of sarcoma of the tonsil: death from ligation of the carotid in one; recurrence and death in the second.)** *N. Y. Med. Journal. 5. August 1895.*

Eine Zusammenstellung aller publicirten Fälle (bis August 1893) ergiebt eine Gesammtsumme von nur 71 Fällen; Mackenzie stellt fest, dass unter 8289 Fällen von Tumoren der Tonsillen nur 3 malignen Charakter zeigten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

73) **Ino W. Farlow. Einige Bemerkungen über die Entfernung der Tonsillen. (Some remarks on removal of the tonsils.)** *N. Y. Medical Journal. 9. November 1895.*

Vortrag gehalten auf dem 17. Congress der American Laryngological Association; Referat im Verhandlungsbericht. LEFFERTS.

74) **A. W. Calhoun. Die Behandlung der Blutung nach der Tonsillotomie. (The management of hemorrhage after tonsillotomy.)** *Atlanta (Ga.) Med. and Surg. Journal. August 1895.*

Verf. räth, den mit einem Schwamme bekleideten Zeigefinger auf die blutende Fläche zu pressen und mit der Innenfläche der anderen Hand am Halse von aussen her einen Druck auszuüben. Die Compression muss 10 Minuten bis 2 Stunden lang fortgesetzt werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

75) **Redactionelle Notiz. Blutung nach der Mandelexstirpation. (Haemorrhage after removal of the tonsils.)** *N. Y. Med. Journal. 16. November 1895.*

Der Herausgeber berichtet über eine Discussion in der American. Laryngolog. Association über die Frage der Mandelexstirpation und räth im Anschluss an dieselbe doch zur Vorsicht im Gebrauch der Guillotine. Wenn man die Mandel überhaupt so oft chirurgischen Eingriffen unterziehen muss, als dies in der letzten Zeit geschah, dann soll man diese Eingriffe wenigstens so gefahrlos wie möglich gestalten; entweder indem man das schneidende Instrument durch ein schabendes ersetzt, wie Dr. Farlow dies empfohlen hat, oder indem man nach Dr. Shurly's Rath nur soviel von dem überstehenden Theil der Mandel entfernt, als ausreicht, um das mechanisch obstruirende Hinderniss, den Druck und Reiz zu beseitigen.

LEFFERTS.

d. Diphtheritis und Croup.

76) **J. Ewing. Die Leukocytose bei Diphtheritis unter dem Einflusse der Serumtherapie. (The leucocytosis of diphtheria under the influence of serum therapy.)** *N. Y. Med. Journal. 10. August 1895.*

Die Diphtherie ist gewöhnlich von ausgesprochener Leukocytose begleitet. Die Leukocytenvermehrung beginnt wenige Stunden nach der Infektion, wahrscheinlich bei refractären Individuen früher, bei empfänglichen etwas verzögert. In günstigen Fällen ist die Leukocytose am stärksten auf der Höhe der Erkrankung, während der Rekonvalescenz sinkt sie langsam ab. Doch kann eine Hyperleukocytose auch noch länger andauere, nachdem alle anderen lokalen und konstitutionellen Symptome bereits verschwunden sind. In ungünstig verlaufenden Fällen hält die Leukocytose bis zum Tode an; bei manchen protrahirten Fällen aber mit starken septischen Erscheinungen kann auch eine ununterbrochene Abnahme der Leukocyten bis zum Exitus stattfinden.

Eine complicirende Pneumonie verursacht gewöhnlich eine erhebliche Zunahme der Leukocytose.

Der Grad der Leukocytose wechselt oft mit dem Fieber, häufiger aber entspricht er der Ausdehnung des lokalen Processes.

Die intravasculäre Leukocytose ist ein genauer Massstab für die Reaction des Organismus gegen die im Blute kreisenden toxischen Produkte. Hohe Leukocytose bedeutet starke Reaction gegen schwere Infection, ohne indess mit Nothwendigkeit ein prognostisch ungünstiges Zeichen zu sein. Stetig absinkende Leukocytose begleitet gewöhnlich, nicht immer einen günstigen Krankheitsverlauf. Leichte Leukocytose zeigt gewöhnlich eine milde Infektion an, aber auch letal verlaufende Fälle können mehrere Tage hindurch kein Anwachsen und selbst eine Abnahme der Leukocyten aufweisen.

Im weiteren Verlauf der Arbeit werden die Farbreactionen der Leukocyten und der Einfluss des Serums auf die Leukocytose besprochen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

77) **X. Die Diphtherie-Sammelforschung der Deutschen medicinischen Wochenschrift.**

Tabellarische Uebersicht über

5833 mit } Heilserum
4479 ohne }

behandelte Fälle.

Erstere hatten eine Sterblichkeit von 9,6, letztere eine solche von 14,7 pCt.

LANDGRAF.

78) **Moxter** (Wiesbaden). **Diphtherie-Heilserum bei einem 5 Tage alten Säugling.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 1. 1896.*

Bei einem so jungen Kinde gebrauchte M. zur Einspritzung 150 Einheiten, also 1,5 ccm von No. 4. Die Injection wurde in den Oberschenkel gemacht. Die Diphtherie kam zur Heilung, das Serum wurde ohne die geringste Störung gut vertragen.

SEIFERT.

79) **Egidi** (Rom). **Die Serumbehandlung der Diphtherie. (La sieroterapia nella difterite)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1895. No. 1.*

Aus seinen Erfahrungen zieht E. folgende Schlüsse:

1. Das Serum hat nicht nur therapeutischen, sondern auch prophylaktischen Werth.
2. Nicht alle Diphtherien sind der Serumbehandlung zugänglich.
3. Die bakteriologische Diagnose ist daher der Injektion vorauszuschicken.
4. Man sollte in jedem grösseren Centrum die armen Croupösen und Diphtherischen in einer besonderen Abtheilung aufnehmen.

TOTI.

80) **Cozzolino. Diphtherie, diphtherische und Serumtherapie. (Difteria, difterici e sieroterapia.)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1895. No. 2.*

C. berichtet über das, was er auf einer zweimonatlichen Rundreise in Deutschland und Oesterreich gesehen. Nichts Neues. Manches Unrichtige.

TOTI.

81) **Cardone** (Foggia). **Die Diphtherie und die Serumbehandlung in der Stadt Foggia. (La difterite e la sieroterapia nella città di Foggia.)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1895. No. 3.*

Bericht über 18 injicirte Fälle, aus deren Betrachtung C. den Schluss zieht, dass das Behring'sche Heilserum ein wichtiges Mittel gegen Diphtherie darstellt, und möglichst bald nach Ausbruch der Krankheit in Anwendung gezogen werden muss.

TOTI.

82) **Damieno** (Neapel). **Die Serumbehandlung bei Diphtherie und bösartigen Geschwülsten. (La sieroterapia nella difterite e nei tumori maligni.)** *Boll. d. Mal. dell'Or. 1895. No. 10—11.*

D. hat bei der bakteriologischen Untersuchung seiner Fälle nie reine Diphtherien getroffen; er hat in 9 Fällen Streptokokken und Löffler'sche Bacillen, in den übrigen 13 beide mit den Staphylokokken zusammen gezüchtet. Die Serum-

behandlung soll auch bei den gemischten Fällen und möglichst bald eingeleitet werden, bevor die nicht diphtheritischen Mikroben durch die Entwickelung des Diphtheriebacillus ihre hohe Pathogenität erreicht haben. — Einen Temperaturabfall bis zur Norm nach der Serumbehandlung hat D. nur in den leichteren Fällen beobachtet. Die angegebene Serumnephritis beruht auf einer Verwechselung mit der gewöhnlichen diphtherischen Nierenentzündung. Postdiphtherische Lähmungen hat D. nur dreimal beobachtet: die beiden ersten sehr leichter Natur; die dritte schwer, aber nach ungenügender Serumdosis und bei einem sehr schweren, erst am fünften Tage injicirten Falle. Die allgemein bekannten Nachtheile des Diphtherieheilserums werden durch zu grosse oder zu häufige Injektionen verursacht. Alles in Allem ist D. mit der Behandlung sehr zufrieden.

Auf dem Felde der Serumbehandlung von bösartigen Geschwülsten hat D. keine günstigen Resultate zu verzeichnen. TOTI.

83) **Gouguenheim. Die Diphtherie im Isolirpavillon des Hospital Lariboisière und ihre Behandlung mit Roux'schem Serum. (La diphthérie au pavillon d'isolement de l'hopital Lariboisiere et son traitement par le serum de Roux.)** *Annales des malad. de l'oreille. No. 5. Mai 1895.*

Verf. giebt eine interessante Statistik über die im Hôpital Lariboisière mit Heilserum behandelten Fälle. Er kommt zu dem Schluss, dass das Serum sehr günstig und sehr rasch wirkt, beim Kind, wie beim Erwachsenen. Verf. spricht sich auch für seine präventive Anwendung aus. E. J. MOURE.

84) **Gouguenheim. Die Diphtherie der Erwachsenen im Hospital Lariboisière; eine Statistik über die daselbst behandelten Fälle. (La diphthérie de l'adulte à l'hopital Lariboisier. Statistique des cas de diphthérie de l'adulte à l'hopital Lariboisière.)** *Annales d. malad. de l'oreille. No. 7. Juli 1895.*

Verf. resumirt sich in folgenden Schlusssätzen:

Die Diphtherie ist sehr viel verbreiteter als man für gewöhnlich meint; sie versteckt sich oft unter dem Bilde akuter follikulärer oder lacunärer Angina. Diese Formen sind im Allgemeinen sehr gutartig. Indess können sie sich mit Drüsenschwellung und -Eiterung compliciren. Man muss jedesmal die bakteriologische Untersuchung vornehmen, anders kann man sich vor diagnostischen Irrthümern nicht schützen. E. J. MOURE.

85) **Moizard** u. **Bouchard** (Paris). **Ueber einen Fall von nicht-diphtheritischer Angina, mit Serum behandelt und tödtlich endigend. (Sur un cas d'Angine non diphtérique traité par le sérum et suivi de mort.)** *Soc. méd. des hôpit. 5. Juli 1895.*

Es handelt sich um ein 6jähriges Mädchen, das am 2. Tage einer pseudomembranösen, nachträglich als nicht-diphtheritisch erkannten Angina eine Injektion von 10 ccm Serum erhielt. 6 Tage später Auftreten von bedenklichen Symptomen: Fieber von 39,4°, Erbrechen, Durchfall. Nach Verlauf von 2 Tagen erreicht die Temperatur 40,2°; nessel-, dann scharlachartiger Ausschlag, der sich

von dem Injectionsorte aus über die ganze Haut verbreitet; der Harn enthält Eiweiss. Nach weiterem Verlauf von 2 Tagen Tod unter Convulsionen und Coma.

Da keine Autopsie in diesem Falle gemacht wurde, ist die von den Verfassern ausgesprochene Meinung, es habe sich hier um eine durch das Serum verursachte Vergiftung gehandelt, nicht als berechtigt anzuerkennen. LUC.

86) **German Sims Woodhead. Die Serum-Behandlung der Diphtheritis und des Tetanus. (The serum treatment of diphtheria and tetanus.)** *Birmingham Medical Review. Mai 1895.*

Vortrag über die Bereitung des Serums und Zusammenstellung der publicirten Fälle. ADOLPH BRONNER.

87) **S. Martin. Diphtheritis und ihre Behandlung mit Antitoxin. (Diphtheria and its treatment by antitoxin.)** *Lancet. 3. und 10. August 1895.*

Vortrag gehalten in der Medicinischen Section der B. M. A. Versammlung; mit Discussion; wird anderweitig referirt. ADOLPH BRONNER.

88) **H. Blake, Rodgers, Webber, Luson, Knowles, Masson, Buckell. Fälle von Diphtheritis mit Antitoxin behandelt. (Cases of diphtheria treated by antitoxin.)** *Brit. Med. Journal. 6. Juli 1895.*

Eine Reihe von Fällen wird beschrieben. ADOLPH BRONNER.

89) **J. W. White. Diphtheritische Erkrankung eines Arztes mit Serumanwendung. (Case of a doctor affected with diphtheria, wherein Behring's antitoxin was employed.)** *Glasgow Medical Journal.*

Am Tage nach dem ersten Auftreten der Krankheitserscheinungen, sobald die Loeffler'schen Bacillen in der Membran nachgewiesen waren, wurden 5 ccm Serum und dann noch $2^1/_2$ ccm am folgenden Tage injicirt; es trat schon nach der ersten Injection eine Besserung ein, die beständig zunahm und sehr rasch zur Heilung führte. A. LOGAN TURNER (P. M'BRIDE).

90) **J. H. Williams. Beobachtungen über die Diagnose der Diphtheritis; eine Studie über die Lokalbehandlung dieser Krankheit und über ein paar mit Serum behandelte Fälle. (Observations on the diagnosis of diphtheria. A study of its local treatment and a few cases treated with antitoxin.)** *Amer. Journal of Med. Sciences. Juli 1895.*

Der bakteriologischen Untersuchung schreibt Verf. eine ganz besondere Bedeutung in zwei Phasen der Krankheit zu, sehr frühzeitig, ehe im Hals noch Membranen sichtbar sind, und dann spät, nach dem Verschwinden der Membranen.

Im ersten Falle soll, wenn Bacillen sich finden, sofort die Isolirung durchgeführt und sämmtliche Glieder der Familie geimpft werden; im zweiten Falle, wenn die Bacillen sich noch finden nach Verschwinden der Membran, muss die Isolirung weiter aufrecht erhalten werden.

Bezüglich der keimtödtenden Kraft der verschiedenen Mittel gegenüber Diphtheriebacillen und Kokken ergaben W.'s Versuche, dass neutrale H_2O_2-Lösungen

relativ schwach wirken; stärker wirken Mineralsäuren, besonders Salpetersäure; das wirksamste Mittel gegenüber den Klebs-Loeffler'schen Bacillen, allen anderen weitaus überlegen, ist eine Mischung von Wasserstoffsuperoxyd und Salzsäure. Gegen den Staphylococcus jedoch wirkt eine 2proc. saure H_2O_2-Lösung nicht sehr kräftig. A. LOGAN TURNER (P. MC BRIDE).

91) **Diphtheritis und ihre Behandlung mit Antitoxin. (Diphtheria and its treatment by antitoxin.)** *Brit. Med. Journal. 14. August 1895.*

Eine Discussion in der Medicinischen Section der Versammlung der Brit. Med. Association, London, im Mai 1895.

1. Sidney Martin definirt den Begriff der Diphtheritis. Man findet in den Geweben der an Diphtheritis Gestorbenen Albumosen und auch eine organische Säure. Die ersteren verursachen das Fieber und die verschiedenen Degenerationen. Verschiedene Versuche an Thieren mit Antitoxin werden beschrieben.

2. E. Goodall bespricht die verschiedenen Todesursachen bei Diphtheritis und stellt verschiedene von ihm beobachtete Fälle tabellarisch zusammen.

3. A. Johnstone bespricht die verschiedenen Arten der Infection.

4. von Ranke hat 163 Fälle von Diphtherie beobachtet mit 29 Todesfällen.

5. Lennox Browne glaubt, dass die Mortalität durch die Serumbehandlung nicht so sehr vermindert sei. Im North-Western Fever Hospital war die Mortalität vor der Serumbehandlung bloss 27 pCt. gewesen.

6. A. Baginsky hat 525 Fälle von Diphtheritis behandelt mit 15,6 pCt. Todesfällen. Es sei bei der Serumbehandlung die Gefahr der Herzlähmung, der Nephritis und der Larynxstenose geringer.

7. Sims Woodhead glaubt, dass man in England zu wenig Serum injicire.

8. H. Biggs hat 452 Fälle gesehen mit 10 pCt. Todesfällen. Er hat 800 Fälle prophylactisch geimpft. In keinem Falle seien unangenehme Symptome aufgetreten. Die Immunisationsperiode betrage circa 30 Tage.

ADOLPH BRONNER.

92) **W. Vissman. Die Einwirkung des Heilserums auf die Diphtherie-Sterblichkeit im Jahre 1894. (The effect of antitoxine upon the mortality of diphtheria in 1894.)** *Americ. Med.-Surgical Bulletin (N. Y.). 15. Februar 1895.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass das Heruntergehen der Sterblichkeitsziffer an Diphtherie im Jahre 1894 kein so erhebliches war, dass nicht ebenso gut andere Ursachen als die Serumbehandlung dasselbe verschuldet haben könnten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

93) **W. Q. Skilling. Membranöser Croup; Bericht über einen mit Serum behandelten Fall. (Membranous croup. — Report of a case in which antitoxine was used.)** *Maryland Med. Journal. 30. März 1895.*

Der Pat. genas. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

94) **A. Brothers. Drei Fälle von Kehlkopf-Diphtherie nacheinander erfolgreich behandelt mit Serum, Intubation und Quecksilber. (Three successive cases of laryngeal diphtheria successfully treated with antitoxine, intubation and mercury.)** *Arch. Pediatrics. April 1895.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

95) **T. J. Elterich. Ein Fall von Diphtherie mit Serum behandelt. (Case of diphtheria treated by antitoxine.)** *Med. and Surg. Reporter. 20. April 1895.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

96) **J. H. Mc Collom. Beobachtungen über Diphtheritis. (Observations in diphtheria.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 9. Mai 1895.*

Wenn das Serum auch nicht jeden Fall von Diphtherie zu heilen vermag, wirkt es doch zweifellos auf die Mortalitätsziffer in ausgesprochener Weise ein.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

97) **H. W. Bettmann. Die Diphtheritis; ihre bakteriologische Diagnose und ihre Behandlung mit Serum. (Diphtheria: its bacterial diagnosis and treatment with the antitoxin.)** *Philad. Med. News. 6. Juli 1895.*

Verf. zieht aus einem Beobachtungsmaterial von 122 Halserkrankungen folgende Schlüsse: 1. Die bakteriologische Untersuchung der Exsudate im Halse hat grosse klinische Bedeutung; die Sterblichkeit bei den Fällen, bei denen Loeffler'sche Bacillen nicht gefunden wurden, war nur $1^1/_3$ pCt., während von den Fällen mit positivem Befund 17 pCt. starben. 2. Die Serumbehandlung beeinflusst zweifellos einen grossen Theil der Diphtheriefälle günstig und die Mortalität wird deutlich herabgesetzt. 3. Der Beweis der prophylactischen Bedeutung der Seruminjectionen steht noch aus. 4. Das Serum ist nicht in dem Sinne specifisch für die Diphtherie, wie das Chinin für Malaria; es zerstört die Krankheitserreger nicht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

98) **L. M. Bergen. Das Diphtherieheilserum in der Privatpraxis. (Diphtheria antitoxine in private practice.)** *N. Y. Med. Journal. 3. August 1895.*

Bericht über 30 Fälle, die alle einer Epidemie angehörten und in noch nicht 2 Monaten zur Beobachtung kamen. Mit Serum wurden von den 30 Fällen 11 behandelt; diese heilten alle. Der Effect der einzelnen Injectionen war ein deutlich ins Auge fallender; störende Folgen der Serum-Einspritzung machten sich nicht bemerkbar. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

99) **J. W. Kyger. Ein Protest gegen die Schlussfolgerungen der Hospitalärzte über den Werth des Diphtherieheilserums. (A protest against accepting the conclusions of hospital physicians as to the value of antitoxin in diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 3. August 1895.*

In einem Briefe an den Herausgeber macht Verf. seine Meinung geltend, dass der Hausarzt über den wahren Werth des Diphtherieserums zu entscheiden hat und nicht der Hospitalarzt oder der Consultirende, die doch die Fälle erst zu Gesicht bekommen, wenn die Krankheit bereits einige Tage alt ist.

In der Hand des Familienarztes hat das Serum sich als unschätzbares Mittel erwiesen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

100) **J. P. Klingensmith. Der Heilwerth des Serums. (The curative value of the antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 10. August 1895.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

101) **Wt. Janowski. Zur Serumbehandlung der Diphtherie. (Wyniki leczenia btonicy za pomoca surowicy krwi ovar niektöve uwagi nad tem leczeniem.)** *P. T. L. zeszyt. III. 1895.*

Von 32 Fällen im Alter von 3 Monaten bis 49 Jahre, bei welchen die Diphtherie bakteriologisch nachgewiesen wurde und welche mit Serum behandelt waren, starben 3 (Laryngitis diphtheritica); die übrigen genasen.

Die Arbeit, welche zwar nicht auf einem sehr grossen Materiale beruht, zeichnet sich durch sehr genaue Krankheitsbeschreibungen und scharfe Kritik des Verf. aus; sie bildet einen werthvollen Beitrag zur Frage der Diphtherie-Behandlung. A. v. SOKOLOWSKI.

102) **A. Malinowski. Behandlung der Diphtherie mit Antitoxin. (Leczenie chorych na btonicy surowica.)** *Gaz. lek. No. 16, 17, 18, 19, 20. 1895.*

Ein sehr ausführlicher Bericht über 40 Diphtherie-Fälle, welche vom Verf. im Kinder-Hospital in Warschau behandelt wurden. Aus der Gesammtzahl starben 2, resp. nur 5 pCt.

Die Sterblichkeit in derselben Anstalt betrug in den Jahren 1893 und 1894 39 und 42 pCt. Sämmtliche Fälle wurden genau bakteriologisch (Dr. Nencki) untersucht. In Fällen von Kehlkopfs-Croup wurde rechtzeitig Tracheotomie (Dr. Jasinski) ausgeführt.

Angewendet wurde die Behring'sche, Roux'sche und Bujwid'sche Antitoxin-Lymphe. A. v. SOKOLOWSKI.

103) **Jakubowski** (Krakau). **Bericht über die Behandlung der Diphtherie mit Antitoxin. (Sprawozdanie z doswiadczen dokonanych z antytoksyna w przebiegu btonicy.)** *Przeglad lek. No. 17, 18, 19, 20, 21. 1895.*

Es wurden in der Krakauer pädriatischen Klinik vom Verf. 100 Kinder mit Antitoxin behandelt, und zwar:

1. mit einfacher Rachendiphtherie 42, starben davon 10 = 28 pCt.,
2. complicirt mit Kehlkopfs-Croup 58, „ „ 20 = 34 „

zusammen 100, genasen 70, starben 30.

Die Sterblichkeit an Diphtherie in derselben Anstalt betrug von 1874—1894 durchschnittlich 50 pCt. A. v. SOKOLOWSKI.

104) **Solman u. Zawadzki. Ein Fall von Diphtherie behandelt mittelst der Behring'schen Lymphe. (Przypadek btonicy leczony surowica Behringa.)** *Medycyna. No. 18. 1895.*

Bei einem 6½jährigen Knaben mit typischen Erscheinungen der Rachen-

Kehlkopfs-Diphtherie (bakteriologisch untersucht) wurde den 3. Tag die Lymphe injicirt. Zunahme der Stenose, Tracheotomie den Tag darauf. Dann progressive Besserung und Genesung. A. v. SOKOLOWSKI.

105) **Malvaz** (Lüttich). **Die ersten Anwendungen des Roux'schen Serums in der Lütticher Provinz.** *Annal. Soc. Méd. Chir. Liege. 2. 1895.*

Bei nur 16 auf 62 Fälle enthielten die aus der Provinz eingesandten falschen Membranen den Löffler'schen Bacillus. Mittheilungen von verschiedenen Aerzten über 25 Fälle, wo das Serum bei richtiger Diphtheritis angewendet worden war; zwei davon starben, was einen Procentsatz von ca. 9 giebt. BAYER.

106) **Simonis. Beobachtung eines Falles von Diphtheritis behandelt mit der Seretherapie. (Observation d'un cas de diphtérie traité par la sérothérapie.)** *Annal. Soc. Méd. Chir. Liege. 4. 1895.*

4½jähriger Junge mit Diphththeritis; 4 Injectionen von je 10 ccm Serum. Tracheotomie. Heilung. Ausser dem Serum wurde keine andere Therapie eingeleitet. BAYER.

107) **J. Klynens. Zwei Fälle von Croup behandelt mit dem Serum. (Deux cas de croup traité par le serum.)** *Annal. et Bullet. de la Soc. de Méd. d'Anvers. April und Mai 1895.*

Zwei Fälle vom diphtheritischem Croup, in welchen der Löffler'sche Bacillus nachgewiesen war. Der eine war innerhalb 48 Stunden ausser Gefahr (3jähriges Kind); der andere (3monatliches Kind) erlag trotz zweimaliger Einspritzungen von je 5 ccm Roux'schem Serum.

Kl. warnt vor der Herzdepression, welche er bei mehreren Fällen beobachtet hatte; die Unschädlichkeit des Serums scheint ihm bis jetzt nicht erwiesen.

BAYER.

108) **Tordeus u. Nauwelaers. Bemerkung über die Diphtheritisbehandlung vermittelst der Seretherapie (dem Behring'schen Antitoxin und dem künstlichen Serum von Hayem). (Note sur le traitement de la diphtérie par la sérothérapie [sérum antitoxique de Behring, sérum artificiel de Hayem.])** *Journ. de Méd., de Chir. etc. 5. 1895.*

16 Fälle von Croup, behandelt mit dem Behring'schen Serum, ergaben 11 Heilungen ohne Tracheotomie nach 1 oder 2 Injectionen mit antitoxischem Serum; 1 Heilung nach Tracheotomie und 4 mit tödtlichem Ausgange nach Tracheotomie.

Mit künstlichem Hayem'schem Serum wurden behandelt 3 Fälle von diphtheritischem Croup mit 2 Heilungen und 1 tödtlichen Ausgang und 3 Fälle von pseudodiphtheritischem Croup mit 2 Heilungen und 1 tödtlichen Ausgang.

Das Resultat, welches mit dem künstlichen Serum erzielt wurde, ist daher weniger brillant, als das mit dem antitoxischen, aber immerhin besser, als das mit den früher gebräuchlichen Methoden erzielte. BAYER.

109) **T. Hellström** (Stockholm). **Vier Fälle von Diphtheritis mit dem neuen Diphtheritis-Antitoxin behandelt. (Fyra fall af difteri behandlade met det nya difteri-antitoxinet.)** *Hygiea. Januar 1895.*

Nichts Neues. SCHMIEGELOW.

110) **C. Janson** (Stockholm). **Ueber Serumbehandlung bei Diphtherie. (Om blodserumbehandlingen af difteri.)** *Svenska läkaresellskapets Förhandlingar. 1895. S. 17.*

Nichts Neues. SCHMIEGELOW.

111) **Hästesko** (Finland). **Elf Fälle von Diphtheritis mit Antidiphtheritis-Serum behandelt. (Ellfva Fall af difteri behandlade med antidifteri serum.)** *Finska Läkaresällskaps Förhandl. 1895. S. 424.*

Von den 11 Fällen starben 4; die Fälle waren aber mehrere Tage alt, als sie mit dem Serum behandelt wurden. SCHMIEGELOW.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

112) **C. Benda** (Berlin). **Die Schleimhautleisten der Stimmlippen der Menschen.** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinolog. Bd. III. H. 1 u. 2. 1895. Deutsche med. Wochenschr. No. 35. 1895.*

B. stellt Macerationspräparate von Kehlköpfen in verdünnter Essigsäure her und studirt an der in grossen Fetzen im Zusammenhang abgehobenen Schleimhaut der Stimmlippen die Anordnung der von B. Fränkel zuerst erkannten Schleimhautleisten. Die der Arbeit beigegebenen Abbildungen des Unterflächenreliefs des Stimmlippenepithels zeigen die parallele Anordnung der Leisten und lassen gleichzeitig erkennen, dass dieselben nur eine besondere Modification der papillären Schleimhauterhebungen darstellen. Es finden sich Uebergänge von wirklichen Papillen in Leisten. In der Gegend des Proc. vocalis wird die Anordnung der Leisten eine unregelmässige; zum Theil convergiren die Leisten zur Spitze des Processes Der Verf. sieht in der Leistenbildung eine Vorrichtung, die den Zwecken der Befestigung des Epithels an der Unterlage dient.

(Der Aufsatz befleissigt sich der neuen anatomischen Nomenclatur; B. Fränkel weist in seiner Einführung [s. oben Referat No. 1] besonders auf dieselben hin. Leicht dürfte nach dieser Probe die Gewöhnung an so manches Neue nicht werden; B. übt das Wort Stimmlippe recht fleissig, aber hie und da schlüpft ihm das vertraute Stimmband doch wieder in die Feder!) F. KLEMPERER.

113) **Oertel** (München). **Das Laryngo-Stroboskop und die laryngo-stroboskopische Untersuchung.** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinolog. Bd. III. Heft 1 u. 2. 1895.*

Verf. giebt eine Beschreibung und Abbildung des von ihm construirten und als Laryngo-Stroboskop bezeichneten Apparates, der die Schwingungen der Stimmbänder und ihre Formveränderungen während der Schwingung dem Auge sichtbar macht. Von den mit Hilfe dieses Apparates gemachten Feststellungen, über die

Oertel zum Theil bereits 1878 berichtet hat, sei nur erwähnt, dass „die Töne im Brustregister durch die Schwingungen der Bänder in ihrer ganzen Länge und Breite hervorgebracht werden, während die Töne im Falsettregister durch Längstheilung der Stimmbandfläche in aliquote Theile unter Bildung von Knotenlinie entstehen.“ Bezüglich der interessanten Beobachtungen über Veränderungen der Stimmbandschwingungen in pathologischen Fällen sei auf das Original verwiesen. F. KLEMPERER.

114) **Lewis C. Cline. Die Laryngitis vom rhinologischen Standpunkt aus. (Laryngitis from a rhinological stand-point.)** *N. Y. Med. Record. 28. September 1895.*

Verf. stimmt Bosworth's Classification der Laryngitis zu und will die Namen auf itis nur auf die Entzündungen von rein catarrhalischem Charakter angewandt wissen, nicht auf Syphilis, Tuberculose und andere constitutionelle Erkrankungen. Man spricht zweckmässiger von Syphilis des Kehlkopfs und Tuberculosis laryngis. Der Artikel beschäftigt sich dann eingehend mit der Therapie der atrophischen Entzündungen der Nase. LEFFERTS.

115) **Landesen** (Reval). **Zwei Fälle von acuter Laryngitis.** Protokoll d. Aerzte-Vereins zu Reval. — *Petersburger med. Wochenschr. 1895. No. 15.*

Beide verliefen unter Erscheinungen von Larynxstenose und vergingen schnell nach Schlucken von Eisstückchen.

Während der Discussion erwähnt Greiffenhagen, dass in Reval im Herbst und Frühling häufig Laryngitis sicca beobachtet werde, die unter Inhalationen und Jodpinselungen meist schnell heilt. LUNIN.

116) **F. E. Hopkins. Acutes Kehlkopfoedem; mit Bericht über einen Fall. (Acute oedema of the larynx, with report of a case.)** *N. Y. Medical Record. 19. October 1895.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die Häufigkeit des Vorkommens dieser Erkrankung; er legt derselben hauptsächlich die von Peltesohn mitgetheilten statistischen Angaben zu Grunde. LEFFERTS.

117) **E. B. Bayliss. Acutes Kehlkopfoedem. (Acute oedema of the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 16. November 1895.*

Verf. macht auf die Malaria als Aetiologie von Glottisoedem aufmerksam. Er erinnert an die von Arnold (in Burnett's System of diseases of the ear, nose and throat. Artikel: Acute Laryngitis) beschriebene Epiglottitis miasmatica und führt eine Reihe Krankengeschichten auf. LEFFERTS.

118) **Leopold Levi u. Georges Laurens. Ein Fall von acutem primären Kehlkopfoedem. (Un cas d'oedème aigu primitif du larynx.)** *Arch. gen. de méd. December 1895.*

Der Fall betrifft einen Mann von 34 Jahren; ausser einer Erkältung war keine Ursache nachweisbar. Die Dyspnoe war bei der Aufnahme des Pat. in die Klinik derartig, dass man alles zur Tracheotomie vorbereitete. Im Pharynx und am weichen Gaumensegel fand sich nichts; die Epiglottis dunkelroth, ödematös

geschwollen, desgleichen die Ligg. ary-epiglottica; die Stimmbänder nicht sichtbar. Der Urin ohne Eiweiss. Es wurden Schröpfköpfe am Halse gesetzt. Allmälig nahmen die Kehlkopfstörungen ab; nach 8 Tagen war Pat. geheilt. Die Verff. halten das Oedem für infectiös wegen der dunkelrothen Färbung, des plötzlichen Beginns und der Temperatur von 38,4°; die so ausschliessliche Beschränkung auf den Larynx aber vermögen sie nicht zu erklären. A. CARTAZ.

119) **T. C. Evans. Bericht über zwei Tracheotomien wegen Zellgewebsentzündung im Kehlkopf. (Report of two tracheotomies for laryngeal cellulitis.)** *N. Y. Med. Record. 2. November 1895.*

Verf. berichtet über zwei von ihm beobachtete Fälle und bemerkt dazu, dass in der Nomenclatur sowohl wie in der Behandlung der akuten obstruirenden Erkrankungen des Kehlkopfs viel Verwirrung dadurch angerichtet worden ist, dass man die verschiedenen pathologischen Processe, die in dem Bindegewebe des Larynx sich abspielen, unter dem Namen Glottisoedem oder Kehlkopfoedem zusammengefasst hat. Der erstere Namen ist nicht nur falsch, sondern geradezu eine anatomische Unmöglichkeit, da gerade an dem wahren Stimmbande die Schleimhaut ganz fest dem unterliegenden Gewebe aufsitzt. [Das ist entschieden zu weit gegangen: ich habe selbst isolirtes, entzündliches enormes Oedem der Stimmbänder gesehen und beschrieben. Lancet April 1, 1882: „On some rare manifestations of syphilis etc.“ F. S.] Aber auch der zweite Name ist nicht gut gewählt oder sollte wenigstens nur für die nicht-entzündlichen Fälle reservirt bleiben. LEFFERTS.

120) **Hugo Hecht. Beiträge zur Lehre von den Kehlkopfabscessen.** Dissertat. München. 1895.

Ausgehend von zwei Fällen von Kehlkopfabscessen bespricht Verf. die Entstehungsweise, Symptomatologie und Behandlung der genannten Affection und kommt zum Schluss auch auf das Oedem, die Laryngitis submucosa und die Perichondritis zu sprechen. Die beiden Fälle sind insofern interessant, als dieselben einem Trauma ihre Entstehung verdanken. Der erste Fall betrifft einen Geisteskranken, Melancholiker, der sich einen Hausschlüssel in den Hals gesteckt und damit den Kehlkopf gequetscht hatte. Bei der laryng. Untersuchung fand sich eine starke Entzündung der linken Kehlkopfhälfte, linkes Stimmband unbeweglich, Oedem am Aryknorpel; einige Tage später ging das Oedem auf die rechte Kehlkopfseite über, auch war der Ringknorpel stark druckempfindlich und bestand Stridor, doch keine stärkere Dyspnoe. Nachts plötzlich ein Erstickungsanfall, der letal endete, ehe die Tracheotomie ausgeführt werden konnte. Die Section ergab: Oedem des Kehlkopfeinganges besonders links; zu beiden Seiten ist die Schleimhaut im Umfange einer Linse durchbrochen, wie von einem Geschwür. Stimmbänder ödematös ebenso wie die übrige Auskleidung der Schleimhaut. Beim Einschneiden zeigt sich der Ringknorpel rechts usurirt und frei in einer nach oben und nach unten, aber auch zu beiden Seiten nach vorne am Knorpel sich erstreckenden Höhle, welche herabreicht bis zum 4. Knorpelring der Trachea. Der zweite mitgetheilte Fall beweist, dass Fremdkörper trotz fleissigster Suche manchmal nicht gefunden werden und dass dieselben wandern können. Die betr. Kranke

schluckte einen spitzen Hühnerknochen, der auf der rechten Seite des Kehlkopfes Schmerz und entzündliche Schwellung des Stimm- und Taschenbandes erzeugt hatte. Später stellte sich Dyspnoe und völlige Aphonie ein, die Entzündung war auf die linke Kehlkopfseite übergegangen; die Stimmritze war durch Schwellung beider Taschenbänder vorne völlig geschlossen, während hinten ein kleiner freier Spalt übrig blieb, unterhalb dessen eine Hervorwölbung mit einem weissen Punkte an der Spitze sichtbar wurde. Trotz mehrfacher Scarificationen konnte kein Eiter entleert werden; die Schlingbeschwerden und der Schmerz an der linken Kehlkopfseite, namentlich an der Uebergangsstelle des Ringknorpels in die Platte nahmen zu, endlich brach der Abscess spontan durch und zwar zwischen 1. und 2. Trachealring, was sich durch Granulationswucherungen manifestirte. Die letztere wurde mit Schlinge und Curette entfernt, die sehr geschwellten Taschenbänder behufs allmäliger Verkleinerung galvanokauterisirt. Mehrere Wochen, nachdem Schmerz und Schwellung der Schleimhaut fast ganz verschwunden waren, hustete Pat. ein 1 cm langes, 3 mm breites Knochenstück aus, den vergebens gesuchten Fremdkörper. SCHECH.

121) **Ch. Gevaert. Die Laryngitiden bei Masern. (Les laryngites rubéoliques.)** *La Belgique Méd. 50. 1895.*

Die Masern befallen häufig den Larynx und bringen Anfälle von Laryngitis stridulosa hervor, welche übrigens gewöhnlich rasch verschwinden und selten die Tracheotomie benöthigen. Manchmal sind sie von Geschwüren begleitet, welche bis zur Necrose führen. G. führt einen derartigen Fall von einem 2jährigen Knaben an, welcher tracheotomirt werden musste, und einer complicirenden Pneumonie erlag. Die Diphtheritis gesellt sich mit Vorliebe zu Masernlaryngitis. BAYER.

122) **A. R. Parsons** (Dublin). **Ein Fall von Typhus mit plötzlich eintretender seltener Complication. (Case of typhoid fever with rare and rapid complications.)** *Dublin Journal of Med. Science. November 1895.*

In einem Falle von Typhus traten am 33. Krankheitstage ausgesprochene Symptome von Kehlkopfstenose auf. Der 22jährige Patient klagte am 32. Tage über leichtes Halsweh. Die Abendtemperatur betrug 39,1, fiel aber am nächsten Morgen wieder auf 37,6⁰. Um 1 Uhr Nachmittags indess stieg sie auf 40,5; am Abend bestand bereits deutlicher Kehlkopfstridor; bei der laryngoskopischen Untersuchung sah man eine erhebliche Schwellung der Epiglottis, deren Ränder mit einem gelblichen Belag bedeckt schienen. Es wurde die Tracheotomie gemacht; die Canüle aber verursachte starken Husten; ihre Einführung erzeugte ein Emphysem, das sich bald bis zum Poupart'schen Bande herunter ausdehnte; der Pat. starb am nächsten Tage Vormittags um 11 Uhr.

Die Section ergab ausser den typischen Veränderungen des Abdominaltyphus eine enorme Schwellung der Epiglottis und der falschen Stimmbänder; der Rand der Epiglottis zeigte rund herum nekrotisches Gewebe. P. MC BRIDE.

123) **Paul Bergengrün. Zur Aetiologie der Kehlkopfgeschwüre bei Typhus abdominalis.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. III. H. 1 u. 2. 1895.*

Verf. giebt eine kurze literarische Uebersicht über die laryngealen Complica-

tionen des Typhus. Er beschreibt dann einen Fall von letal endigendem Abdominaltyphus, bei dem am 2. Krankheitstage bereits Symptome seitens des Kehlkopfs eintraten; eine laryngoskopische Untersuchung scheint erst am letzten Lebenstage vorgenommen zu sein. Die Section ergab im Kehlkopf, von dem eine Abbildung der Arbeit beigefügt ist, 3 Geschwüre, 1 flaches, glattrandiges in der Regio interarytaenoidea und 2 sehr tiefe symmetrische Substanzverluste mit starken verdickten Rändern und Entzündungserscheinungen in der Tiefe und in der Umgebung an den Proc. vocales. Verf. kann sich der Deutung der Geschwüre als decubitaler Erscheinungen nicht anschliessen; er führt sie auf Einwirkung von Bakterien zurück und zwar das mediale flache Geschwür auf den Typhusbacillus, die beiden seitlichen auf Mischinfektion von diesem und Eiterbakterien. Seine Schlüsse entbehren freilich der festen Basis, da der Fall bakteriologisch nicht untersucht ist.

F. KLEMPERER.

124) **Brindel. Herpes des Kehlkopfs. (De l'herpes du larynx.)** *Revue de laryngologie. No. 6. 15. März 1895.*

Verf. stellt im Ganzen 19 Fälle von Herpes laryngis zusammen, darunter 3 von ihm an der Moure'schen Klinik beobachtete. Er kommt zu dem Resultat, dass der Herpes des Kehlkopfs nur eine isolirte oder eine mit anderen verbundene Lokalisation des Herpes-Fiebers ist. Prädilectionsstelle des Herpes-Ausschlags ist die hintere Fläche der Epiglottis und die Umgebung der Aryknorpel. Charakterisirt wird die Affektion durch die Entwicklung von Herpesbläschen, die von einer entzündlichen Zone umgeben sind, und durch die Erscheinungen einer akuten Laryngitis. Die Krankheit ist gutartig, rapide verlaufend; Recidive aber kommen vor. Mit Croup complicirt sich der Herpes laryngis nicht.

E. J. MOURE.

125) **L. Sécrétan. Herpes laryngis. (Herpes laryngé.)** *Annales des malad. de l'oreille. August 1895. No. 8.*

Mittheilung zweier Fälle, die nach Verf. geeignet sind, die Unität der beiden Arten von Herpes zu erweisen, die man noch immer auseinanderzuhalten gewohnt ist: des essentiellen Herpes und des symptomatischen. Der zweite Fall complicirte sich mit Pneumonie; S. glaubt, dass derartige Beobachtungen auch auf die Natur des pneumonischen Herpes Licht werfen werden.

E. J. MOURE.

126) **D. L. Hubbard. Ueber chronische catarrhalische Laryngitis mit besonderer Berücksichtigung ihrer Aetiologie. (Chronic catarrhal laryngitis with special reference to its etiology.)** *N. Y. Med. Journal. 10. August 1895.*

Ohne besonderes Interesse. H. berichtet über eine ganze Reihe von Fällen, in denen es der lokalen Therapie höchstens vorübergehend gelang, eine Besserung zu erzielen; dauernd gestaltete dieselbe sich erst, wenn eine zweckmässige Allgemeinbehandlung eingeleitet, der Patient in besonders hygienische Verhältnisse verbracht, bestehende Obstipation behoben wurde etc.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

127) **Bolte** (Rhein). **Ueber einen seltenen Fall von Laryngitis chronica mit Entwickelung verschiedenartiger Tumoren.** Dissert. Königsberg. 1896.

In der vorliegenden Arbeit wird auf die Bedeutung der Katarrhe des Kehl-

kopfes für die Entstehung von Tumoren hingewiesen und diese Beziehungen durch einen Jahre lang beobachteten Fall illustrirt. Bei einer 30jährigen Landfrau entwickelte sich erst ein Katarrh, dann eine polypoide Hyperplasie des rechten Stimmbandes, darauf unter Persistenz des Katarrhs eine Cyste des linken und eine kleine knotenförmige Hyperplasie des linken Stimmbandes, darauf unter weiterer Persistenz des Katarrhs an der Ansatzstelle des rechtsseitigen Polypen eine neue Hyperplasie, die im Entstehen operativ beseitigt werden musste. Es war offenbar in diesem Falle der Katarrh die primäre und die Hyperplasien die secundäre Erscheinung. Bei einem weiteren Fall schloss sich an einen chronischen Katarrh Papillombildung der Kehlkopfschleimhaut an.

SEIFERT.

128) **Anderson. Syphilis des Kehlkopfs. (Syphilis of larynx.)** *N. Y. Medical Record. 7. December 1895.*

Die Frühdiagnose der Kehlkopfsyphilis ist wichtig, da in diesem Stadium die Behandlung befriedigende Resultate giebt, während die vernachlässigten tertiären Erscheinungen oft unheilbar oder wenigstens nur radikalen chirurgischen Eingriffen zugänglich sind.

LEFFERTS.

129) **P. Heymann. Ueber Verwachsungen und Verengerungen im Rachen und Kehlkopf infolge von Lues.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 30.*

H. berichtet über 7 Fälle von Verengerungen dicht hinter den Choanen, über 17 Fälle an der Grenze zwischen Nasen- und Mundrachenraum, über 6 Fälle von Verwachsungen im unteren Schlundtheil und über eine nicht genau angegebene Zahl von membranösen Verwachsungen im Kehlkopf und röhrenförmigen Verengerungen des Lumens.

LANDGRAF.

130) **Ch. Gevaert. Ueber die Veränderungen des Interarytaenoidalraumes bei der chronischen Lungentuberculose. (Des altérations de l'espace interarythénoidien dans la laryngite tuberculeuse chronique.)** *La Flandre Méd. 4. 1895.*

Das sammtartige, faltige Aussehen der Hinterwand des Larynx finde sich in der Regel bei der Larynxtuberculose und bilde diese Alteration ein sicheres diagnostisches Zeichen.

BAYER.

131) **Thost. Ueber den Infectionsmodus bei Kehlkopftuberculose und einige seltenere Fälle von Kehlkopftuberculose mit günstigem Verlauf.** *Monatsschr. f. Ohrenh. etc. No. 2. 1895.*

Thost meint, dass eine grosse Anzahl Menschen mit Tuberkelbacillen geboren werden und dass sowohl durch die Placenta der kranken Mutter wie durch das Sperma des Vaters bei gesunder Mutter Tuberkelbacillen übertragen werden. Verf. fand, dass besonders erblich belastete Patienten auch besonders häufig an Kehlkopftuberculose erkranken. Dass die Bacillen durch das unverletzte Epithel des Kehlkopfes hindurchgehen, glaubt Thost ebensowenig, als dass die Infection durch die Blut- und Lymphbahn zu Stande komme. Er meint vielmehr, dass die Bacillen durch Substanzverluste der Schleimhaut oder durch die Drüsenmündungen eindringen; auch sei es nicht nöthig, dass das Geschwür an der Infectionsstelle

selbst sich zeige. Den Schluss des Artikels bilden Mittheilungen über 6 seltenere und geheilte Fälle von Kehlkopf-Tuberculose. SCHECH.

132) **Molinie. Die Dysphagie bei der Kehlkopftuberculose und ihre Behandlung. (De la dysphagie dans la tuberculose laryngée et de son traitement.)** *Marseille méd. 1. November 1895.*

Eine kritische Uebersicht. A. CARTAZ.

133) **Percy Kidd. Klinischer Vortrag über Prognose und Behandlung der Laryngitis tuberculosa. (Clinical lecture on the prognosis and treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Clinical Journal. 31. Juli 1895.*

Interessanter Vortrag; nichts Neues. Die Milchsäurebehandlung wird sehr empfohlen. ADOLPH BRONNER.

134) **J. A. Thompson. Mono-Chlorphenol bei tuberculöser Laryngitis. (Monochlorphenol in tubercular laryngitis.)** *Americ. Medico-Surg. Bulletin (N. Y.). 15. Januar 1895.*

Monochlorphenol ist Carbolsäure, in der ein Wasserstoffatom durch Chlor ersetzt ist. In starken Lösungen wirkt es heftig reizend und kann einen Aetzschorf machen; in schwächerer Concentration ist es ein Anästheticum und Antisepticum. Verf. berichtet über 3 Fälle, die er durch Application 5proc. Lösung erheblich besserte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

135) **Spengler. Parachlorphenol gegen Kehlkopftuberculose. (Parachlorphenol for laryngeal tuberculosis.)** *Philad. Med. News. 30. November 1895.*

Das Parachlorphenol, direct applicirt oder in 10proc. Glycerinlösung als Spray eingeführt, soll nach S. tuberculöse Ulcerationen cauterisiren und Infiltrate zur Resorption bringen, ohne entzündliche Reactionserscheinungen zu verursachen. Die Glycerinlösung hat einen lokal anästhesirenden Effect auf tuberculöse Processe, der mehrere Stunden vorhält. Das Parachlorphenol hat den Vortheil vor Milchsäure und vor operativen Massnahmen, dass es bei allen Formen und bei jedem Grade von Larynxtuberculose bis in die letzten Lebensstunden hinein angewandt werden kann. LEFFERTS.

136) **Hanau W. Loeb. Erfahrungen mit dem Paquin'schen Antituberkel-Serum bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Experiences with Paquin's antitubercle serum in the treatment of laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Journal. 5. October 1895.*

Verf. bespricht eine Anzahl von therapeutischen Möglichkeiten: 1. Die Früh-Tracheotomie. 2. Das Curettement, die Arytaenoidectomie und ähnliche Operationen. 3. Submucöse und intralaryngeale Injectionen. 4. Lokale Applicationen, Sprays etc. 5. Das Heilserum. Das letztere ist allein ein wirklich curatives Agens. Der Verf. hat mit demselben seit dem Februar Versuche angestellt, die noch kein abschliessendes Urtheil ermöglichen, bisher aber einen recht günstigen Eindruck vom Werthe des Serums bei ihm hervorgerufen haben. Der Verf. erwartet, dass das Problem der Heilung der Kehlkopftuberculose auf der Basis der

Serumtherapie seine Erledigung finden und dass das Serum alle die anderen Mittel und Methoden in die Stellung blosser Adjuvantien zurückdrängen wird.

LEFFERTS.

137) **Chappell. Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Einpinselungen und submucösen Injectionen von Creosot. Beschreibung einer automatischen Kehlkopfspritze zur Vornahme der submucösen Injectionen. (Traitement de la tuberculose laryngée par application et injection sous-muqueux de créosote. Description d'une seringue laryngienne automatique pour faire les injections sous-muqueuses.)** *Revue internat. de rhinolog., otolog. etc. No. 22. 25. November 1895.*

Verf. benutzt eine 25proc. Lösung von Creosot in Ricinusöl.

E. J. MOURE.

138) **J. W. Gleitsman. Die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Surgical treatment of laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Med. Journal. 19. Oct. 1895.*

Die Arbeit wurde auf dem 17. Congress der American Laryngological Association vorgetragen; im Congressbericht wird über dieselbe referirt werden. Hier sei nur auf einen Punkt aufmerksam gemacht, der aus dem Congressbericht nicht hervorgeht, nämlich auf die der Arbeit beigegebene, ausserordentlich reichhaltige Bibliographie über das obige Thema, welche für alle späteren Bearbeiter dieses Gegenstandes von unzweifelhaftem Werthe sein wird. LEFFERTS.

139) **Ino. M. Mackenzie. Die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose. (The surgical treatment of laryngeal tuberculosis)** *N. Y. Medical Record. 7. December 1895.*

Die meisten Autoren stimmen darin überein, dass die chirurgische Behandlung der Larynxphthise günstig auf die Lungenerkrankung einwirkt. Heilend wirkt sie nicht, aber das Leben wird verlängert. Recidive kommen vor. Hectisches Fieber und diffuse Ausbreitung der Erkrankung sind Contra-Indicationen der Operation.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

140) **Verstraeten u. Vanderlinden. Studie über die Functionen der Schilddrüse. (Etude sur les fonctions du corps thyroïde.)** *Bull. Soc. Méd. Gand. Mai 1895.*

Die Schilddrüse hat nach den Autoren eine directe Wirkung auf die Functionen der Verdauungsorgane und wirkt ausserdem noch auf die Nieren und die Haut als Stimulans.

BAYER.

141) **Cauter. Beitrag zum Studium der Functionen der Schilddrüse; Pathogenie der Basedow'schen Krankheit. (Contribution à l'étude des fonctions de la**

glande thyroide; Pathogenie de la maladie de Basedow.) *Annal. Soc. Méd. Chir. Liège. 1. 1895.*

Durch das Experiment am Hunde versucht der Autor nachzuweisen, dass das Thyroidin eine Alteration der nervösen Centren, welche dem Herz- und Muskeltonus und der Urinsecretion vorstehen, und endlich des vasomotorischen Centrums bedinge.

BAYER.

142) **Bienfait. Studie über die Pathogenese der Basedow'schen Krankheit. (Etude sur la pathogénie de la maladie de Basedow.)** *Annal. Soc. Méd. Chir. Liège. 1895.*

Der Autor hat seine Versuche an Kaninchen angestellt und kommt im Verein mit den Beobachtungen anderer Autoren zu folgenden Schlüssen:

1. Es existirt ein bulbäres Centrum, von welchem das Basedow'sche Syndrom ausgeht; der genaue Sitz desselben befindet sich im Niveau des inneren Randes der Corp. restiform., ungefähr in der Mitte ihrer ganzen Länge.

2. Dieses Syndrom kommt nicht von einer einzigen Ursache her; die Functionen dieses Centrums können auf verschiedene Art gestört werden, sei es durch directe Läsion, sei es durch Auto-Intoxication, sei es auf dem Wege des Reflexes oder durch Beeinflussung der höheren Centren (psychische Einflüsse, Hysterie).

3. Man kann annehmen, dass der Morb. Basedow. an und für sich durch Auto-Intoxication mit dem Schilddrüsensaft hervorgerufen werden könne.

4. Die anderen Fälle von Struma exophth. müsse man jedoch als accidentell ansehen, ehe denn als Krankheit, da die Ursache nur eine zufällige sei.

BAYER.

143) **Buschan. Schlusswort zu der „sachlichen" Erwiderung des Herrn Dr. Lemke in Sachen Morbus Basedowii in No. 23 dieser Wochenschrift.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 26.*

Kurze polemische Notiz.

LANDGRAF.

144) **Drobnik** (Posen). **Die operative Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Operatywne leczenie choroby Basedowa.)** *Nowiny Lek. No. 4 u. 5. 1895.*

Bei einer 46jährigen Frau, die seit einigen Jahren an ausgesprochenen Erscheinungen des Morbus Basedowii litt, wurde vom Verf. die partielle Resection der Struma nach der Mikulicz'schen Methode ausgeführt. Das Resultat war äusserst günstig, da beinahe sämmtliche pathologischen Erscheinungen (Athemnoth, Tachycardie etc.) zurückgingen. Anknüpfend an diesen Fall bespricht Verf. in ausführlicher und kritischer Weise die sämmtlichen modernen Theorien der Basedow'schen Krankheit und schliesst seine bemerkenswerthe Arbeit mit folgenden Sätzen:

1. Die operative Behandlung des Morbus Basedowii, welcher in Folge von anatomischen Veränderungen im Centralnervensystem entsteht, ist nur in den Fällen indicirt, bei denen die Struma durch ihre enorme Grösse oder ihre Lokalisation direct das Leben bedroht.

2. Die operative Behandlung darf sich nur beschränken auf diejenigen Fälle, in denen die krankhaften Erscheinungen als reflectorisch durch die wachsende

Drüse hervorgerufen sich erklären lassen, wo also die Krankheit die typischen Erscheinungen einer Reflex-Neurose darbietet.

3. Die operative Methode hängt speciell von der Art des Einzelfalles ab; die Ligatur soll nur bei sehr weichen Strumen vorgenommen werden.

4. Bevor man sich zum Operiren entschliesst, soll genau die Nase und der Genital-Apparat untersucht werden, ob die Erscheinungen nicht als Reflex-Neurose von diesen Organen abhängig sind. A. v. SOKOLOWSKI.

145) **Becker. Beitrag zur Thyroidin-Wirkung.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1895. No. 37.*

Ein $2^1/_4$jähriges Kind hatte unbemerkt 90 Thyroidin-Tabletten à 0,3 g verzehrt ohne irgend welche Folgen. LANDGRAF.

146) **Otto Lanz** (Bern). **Ueber Thyreoidismus.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1895. No. 37.*

L. kommt auf Grund vielfacher Fütterungsversuche zu folgenden Schlüssen:

1. Der Thyreoidismus besteht aus 2 Componenten: a) einer Giftwirkung in Folge Verarbeitung zersetzten Drüsenmaterials, b) einer für die Schilddrüse specifischen Wirkung.

2. Letztere, d. h. der Thyreoidismus im eigentlichen Sinne, äussert sich je nach der Provenienz des Drüsenmaterials und je nach der Art des Versuchsthieres in verschiedener Intensität, ist quantitativ, aber nicht qualitativ verschieden.

3. Das toxische Princip, das den Thyreoidismus auslöst, scheint entweder schon im Mutterleibe oder durch die Milch der Mutter seine Wirkung auf die Jungen zu erstrecken. LANDGRAF.

147) **Revilliod** (Genf). **Der Thyreoidismus und der Thyreoproteidismus und ihre Aequivalenten. (Le thyreoidisme etc.)** *Rev. méd. Suisse rom. H. 8. Genève. 1895.*

R. gründet auf den Nachweis des Thyreoproteidins durch Hafkine theoretische Folgerungen auf organotherapeutischem Gebiete, indem er die Symptomengruppen der antagonistischen Krankheiten des Myxödems und des Basedow näheren Erörterungen unterwirft. Das Thyreoproteid ist das toxische Abfallsproduct des innerorganischen Stoffwechsels, welches den Thyreoproteidismus, d. h. das Myxödem erzeugt, aber vom Schilddrüsensaft neutralisirt wird, während es selbst hinwiederum den im Uebermaass gebildeten Schilddrüsensaft neutralisirt und so dessen toxische Folgen, den Morbus Basedowi, den sogen. Thyreoidismus verhindert. Im Anschluss hieran zählt R. eine Reihe von Thatsachen auf, welche erweisen, dass alle hämopoetischen Drüsen unter sich eine reciproke, complementäre Productionskraft besitzen nach einem republikanischen Grundsatz: „Alle für Einen, Einer für Alle". Die Schilddrüse gehöre in den Ring. Während sie dem Wachsthum des Körpers, der Feinheit der Gewebe, der Harmonie der Formen, dem Gesichtsausdruck vorstehe, beherrsche ihr Complementärorgan, die Hypophyse (nach Marie), die Bildung des Skeletts, des Gesichts und der Extremitäten,

welche ohne ihre Thätigkeit ins Gigantische ausarten müssten. Grossköpfigkeit und andere Skelettfehler sind oft mit Degeneration der Schilddrüse verbunden. Die Exstirpation der Schilddrüse soll Hypertrophie der Hypophyse nach sich ziehen (Rogowitsch). Jedoch scheint bei den Athyreoiden nicht etwa die Zirbeldrüse besonders entwickelt zu sein (Ref.). Die Milz verhält sich ähnlich; wird sie exstirpirt, so vergrössert sich die Schilddrüse; sie habe mit dieser auch eine Verwandtschaft durch die Betheiligung an der Glycogenbildung. Die Synergie der Schilddrüse mit dem Geschlechtsleben sei schon bekannt, u. a. auch die Hypertrophie der Schilddrüse bei vielgebärenden Frauen. Wiederum hängt die Ovarialthätigkeit mit der Osteomalacie zusammen, so dass durch Castration Osteomalacie geheilt wurde. Osteomalacie ist auch mit Basedow'schem Thyreoidismus vergesellschaftet und Trachewski in Bern erhielt durch Exstirpation der Schilddrüse bei trächtigen Weibchen ausgesprochene Rhachitis der Jungen. Bei Schilddrüsenosteomalacieen kommt ferner Phosphaturie, Glycosurie und Hämorrhagie aus Uterus und Darm vor. Bei thyreoidectomirten Thieren veränderte sich die Hypophyse, die Ovarien, die Nieren und das Knochensystem (Hofmeister). Selbst die Haut gehört in die Domäne der Schilddrüsen, deren ingerirtes Extract gewisse Fälle von Psoriasis heilen soll. — Aber das Drüsensystem dient nicht nur zur Ausbildung des Organismus, sondern auch zu dessen Erhaltung, wie die depurative Thätigkeit der Leber, Milz, Lymphdrüsen und der Nebennierenkapseln durch ihre innere Secretion die Ermüdungsproducte der Muskeln zerstören, während das Nervengeflecht der letzteren das Hautpigment richtig vertheilen soll.

Dank der Kenntnisse der schaffenden, erhaltenden und wiederherstellenden Kraft des Drüsensystems werde sich eine neue Pathologie aufbauen und die alten Bezeichnungen vom lymphatischen, sanguinischen und nervösen Temperament werden wieder zu Ehren kommen, jede Modification des physischen und moralischen Wesens werde sich durch diese moderne Humoralpathologie von selbst aufklären.

Endlich hebt R. noch als practisch wichtigen Nebenpunkt den Fischthran als ein organotherapeutisches, die Magerkeit des Basedow ausserordentlich bekämpfendes, fettmachendes Heilmittel par excellence hervor!

Unter seinem klinischen Material von 15 einschlägigen Fällen führt er mehrere Basedow, welche durch das Natron phosphoricum (Trachewski) sehr günstig beeinflusst wurden, und eine seltene Erscheinung von myxödematöser Paraplegie an, bei welcher Schilddrüsenextractpillen raschen Erfolg hatten.

Die sehr interessante Arbeit verdient im Original nachgelesen zu werden.

JONQUIÈRE.

148) **C. K. Clarke. Thyroidverfütterung bei Demenz. (Thyroid feeding in stupor.)** *N. Y. Med. Record. 14. September 1895.*

Der erste von C. mitgetheilte Fall betraf einen fast hoffnungslos dementen Kranken. Auf die Darreichung von Thyroid-Extract begann eine Besserung, die solche Fortschritte machte, dass der Pat. der Heilung nahe schien; plötzlich aber, ohne ersichtliche Ursache, fiel er wieder vollständig in seinen früheren Zustand zurück. In mehreren anderen Fällen war der Erfolg ein dauernder.

LEFFERTS.

149) **Allard. Fall von Myxoedem bei einem mit Schilddrüsenextract behandelten Kinde; Resultat einer jährlichen Behandlung. (Un cas de myxoedème infantile traité par l'extrait thyroidien: résultat d'un traitement d'une année.)** *La Policlinique. No. 18. 1895.*

Interessanter Fall: Typisches Bild myxoedematösen Idiotismus bei einem 14jährigen Mädchen. Das Kind wollte weder Thyroidtabletten, noch das Glycerin-Schilddrüsenextract nehmen, und es gelang dem Autor, nach Dr. Pary's Angaben hergestelltes Thyroidpulver in Bier zu geben. Er begann mit 5 cg pro die, allmälig auf 10 cg steigend; später ging er wegen sich einstellender Suffocationserscheinungen auf 5 cg zurück, allein die im Verschwinden begriffenen Symptome kehrten wieder zurück; da gab er 12 cg täglich, worauf bedeutendes Zurückgehen der Symptome, aber auch grosse Nervosität eintrat, so dass er wieder auf 5 cg täglich zurückging.; dies hält er für die mittlere Dosis, welche das Kind weiter nimmt. Es hatte bis dahin $1^1/_2$ Kilo zugenommen und war 12 cm gewachsen; seine Intelligenz hatte sich bedeutend entwickelt und überhaupt alle Erscheinungen sich gebessert.

A. wird später noch über den Fall berichten. BAYER.

g. Oesophagus.

150) **N. Samuelson** (Stockholm). **Ein Fall von Fistula oesophageo-pleurothoracica. (Ett fall af Fistula oesophageo-pleurothoracica.)** Festschrift dem Dr. F. W. Warfvinge gewidmet. Stockholm. 1894. S. 227.

Es handelte sich um einen 17jährigen Knaben, der 6 Jahre vorher an einem Pleuraempyem gelitten hatte. Am 13. März bekam er plötzlich Schmerzen in der Brust und durch die alte Pleurafistel wurden unverdaute Speisetheile ausgestossen. Nach dem Tode wurde eine 2 cm lange Perforation zwischen Oesophagus und der rechten Pleurahöhle gefunden. SCHMIEGELOW.

151) **Frankenhäuser** (Petersburg). **Fall von seltener Dilatation des Oesophagus.** *Petersburger med. Wochenschr. 1895. No. 32.*

Bei der Section eines an Vitium cordis verstorbenen Pat. fand sich der Oesophagus enorm erweitert und machte den Eindruck eines schwappenden Sackes. Die Dilatation reichte von der Höhe des Kehlkopfes bis zur Cardia, welche nur wenig enger als gewöhnlich erschien. Ausserdem bestand Tiefstand des Zwerchfells und aller Bauchorgane. Fr. will die Dilatation des Oesophagus durch Zug und Zerrung der tiefstehenden Bauchorgane erklären. LUNIN.

152) **Harrison Allen. Fremdkörper im Oesophagus; mit besonderer Berücksichtigung ihrer Symptomatologie und pathologischen Anatomie. (Foreign bodies in the oesophagus: specially considered from the points of view of symptomatology and morbid anatomy.)** *N. Y. Med. Journ. 17. August 1895.*

In der sorgfältigen und ausführlichen Arbeit legt der Verf. dar, dass die früheren Autoren, die mit den Fremdkörpern der Speiseröhre sich beschäftigen,

einige Punkte nicht genügend berücksichtigt haben, nämlich die Schnelligkeit, mit der Erweichung der Oesophaguswandung eintritt, die Bedeutung des Emphysems, das Auftreten übermässiger Schleimsecretion u. a.; zu viel Werth dagegen ist auf den Schmerz und die Convulsionen gelegt worden. LEFFERTS.

153) **Ch. Geraert. Fremdkörper des Pharynx und des Oesophagus. Ihre Entfernung durch den Mund. (Corps étrangers du pharynx et de l'oesophage. Leur extraction par la bouche.)** *La Belgique Méd. No. 34. 1895.*

Besprechung der Fremdkörper in Bezug auf Symptomatologie und Therapie, sowie Untersuchungsmethoden. Mittheilung eines Falles von einem dreieckigen Knochenstück, welches unterhalb des linken Stimmbandes festsass. Tracheotomie und Entfernung desselben. Zum Schluss Mittheilung von 3 Fällen von Oesophagus-Fremdkörpern, welche Verf. vermittelst der Tiemann'schen Zange entfernt hatte (2 künstliche Gebisse und ein Knochenstück). BAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Grünwald** (München). **Die Lehre von den Naseneiterungen.** II. Auflage. München, J. F. Lehmann.

Wenn der Verf. in der Vorrede zur 2. Auflage seines Buches im Anschluss an die Bitte, dasselbe recht aufmerksam zu lesen, davon spricht, dass man an den Referaten den Werth des Buches erkennen solle, so kann er mit der Anerkennung, welche der Referent ihm bei der Besprechung der 1. Auflage zollte, zufrieden sein.

Die Anregung, welche er mit dieser zusammenfassenden Darstellung der Naseneiterungen allen Fachgenossen gab, hat gute Früchte getragen, es sind in der kurzen Spanne Zeit zwischen dem Erscheinen der ersten Auflage und der zweiten eine grosse Anzahl von Arbeiten erschienen, welche sich mit den einschlägigen Fragen aufs Eingehendste beschäftigen, so dass Gr. in der zweiten Auflage vielfach Gelegenheit findet, denselben nachzugehen. Diese neue Auflage ist vollkommen umgearbeitet und mit einer Farbentafel und einer lithographischen Tafel ausgestattet. Die erstere enthält 3 mikroskopische Abbildungen von oberflächlicher granulirender und rareficirender Ostitis mit Defectbildung, die zweite solche von Instrumenten. Die Eintheilung des Inhaltes findet in der Weise statt, dass erst die diffusen Eiterungen und dann die Herdeiterungen besprochen werden. In das Kapitel der Secretion finden wir die Ozaena eingereiht, auf welche Gr. nochmals im Nachtrag bei der kritischen Betrachtung von Strübing's neuester Arbeit zu sprechen kommt. In Bezug auf die Ozaena gelangt er zu dem Satze, dass eine Flächensecretion der Nase bei „Ozaena" noch nirgend erwiesen, dass im Gegentheil der Nachweis der Herkunft des Secretes von Herderkrankungen für eine grosse Reihe von Fällen sicher erbracht, für eine andere Reihe von Fällen

in hohem Grade wahrscheinlich gemacht sei. Er verlangt dann auch, dass der Name „Ozaena" nur in symptomatischem Sinne zu gebrauchen sei und dass man die Bezeichnung „Rhinitis atrophicans foetida" fallen lassen müsse. Betreffs der Polypen steht er ebenfalls auf dem früheren Standpunkt, dass diese Geschwülste in der Mehrzahl der Fälle so gut wie pathognomonisch für Nebenhöhlenempyeme resp. Herdeiterungen in Nasengängen sind. Die subjectiven Störungen, das Uebergreifen der Eiterungen auf die Nachbarschaft, die Untersuchungsmethode, die allgemeine Therapie und die Prognose sind noch in den allgemeinen Theil eingeschlossen, der specielle Theil beschäftigt sich mit den Erkrankungen der einzelnen Theile der Nase, im Anhang finden die Beziehungen der Syphilis und der Tuberculose zu den Naseneiterungen eine Besprechung.

Das inhaltsreiche Buch wird sich wieder viele Freunde erwerben.

Seifert.

---

b) Karl Stoerk. Die Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. Wien. 1895. Alfred Hölder.

Unter dem obigen Titel ist der 1. Theil des XIII. Bandes der speciellen Pathologie und Therapie Nothnagel's erschienen. Der Name des Verfassers, der einst an der Wiege der Laryngoscopie stand und jetzt auf eine 38jährige erfolgreiche Thätigkeit auf dem Gebiete der Laryngologie zurückblicken kann, bürgt uns genügend für den Werth des Werkes. Die durch und durch selbständige Natur Stoerk's die sich in den allerersten seiner Publicationen schon aussprach, tritt auch hier in voller Macht auf. Es ist keine streng systematisch durchgeführte Registrirung und Besprechung bekannter und anerkannter Thatsachen, sondern eine freie, wenn auch geordnete Erzählung aus eigenem Studium und eigener Erfahrung und Darstellung eigener auf derselben beruhender Anschauungen. Damit soll nicht gesagt werden, dass fremde Ansichten zu wenig Berücksichtigung finden; im Gegentheil bespricht Stoerk die neuesten Zeitfragen gründlich und würdigt kritisch die modernen Anschauungen anderer, bevor er seine eigene darlegt. Man kann hie und da manches, was in einem Schulbuche nöthig erscheint, vermissen, das Werk ist aber mehr für Fachmänner, als für Anfänger geschrieben; man mag hier und da mit der Ansicht Stoerk's nicht ganz übereinstimmen, indem die individuellen Anschauungen auf dem Gebiete der Rhino- uud Laryngologie noch in mancher Beziehung auseinandergehen können; immer aber findet man im Stoerk-schen Werke viel Werthvolles und Belehrendes in einer anziehenden Form dargestellt.

Am Eingange wird die Secretion der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfschleimhaut, so wie zum Theil auch der Bau der letzteren besprochen und illustrirt. Namentlich werden die Epithelzellen, sowie die Schleimdrüsen genau berücksichtigt, wobei Stoerk nicht nur auf die Angaben gediegener Histologen, sondern auch auf eigene Studien sich stützt, die er durch Untersuchungen an den Lebenden entnommenen Schleimhautstückchen (Uvula, Schleimhaut der Nasenmuschel) wesentlich erweitert, indem er dadurch das lebende Gewebe mitten in seiner secretorischen Thätigkeit zu untersuchen Gelegenheit findet. Die cylindrischen Epithelzellen

bilden nun die schleimige Secretion in ihrem Inneren aus; mit derselben ausgefüllt stellen sie die Becherzellen dar, die nach Entleerung ihres Inhaltes zusammensinken. Die Drüsen stellen nur mit Epithel ausgekleidete Ausstülpungen der Schleimhautoberfläche dar und bilden Behälter für den von ihren Zellen secernirten Schleim. Genaue Kenntniss dieser pathologischen Vorgänge ist für das Verständniss der krankhaften Alienation der Secretion von grosser Bedeutung. Nach diesen histologischen Betrachtungen wird die Anämie und Hyperämie der Nasenschleimhaut, sowie die Rhinitis acuta geschildert; an letztere schliesst sich das Heufieber und Influenza an. Im V. Abschnitte findet die Rhinitis chronica nebst Schleimhauthypertrophie, dann Verbiegungen des Septums und Perforation desselben, ihre Besprechung. Ich mache hier besonders auf die Stoerk'sche Methode der Behandlung der Verbiegungen aufmerksam. Zum Schluss werden die histologischen Vorgänge bei Anämie, bei Catarrh und Hypertrophie berücksichtigt und illustrirt, worauf das Empyema der Highmorshöle besprochen wird. Sehr interessant ist die jetzt folgende gonorrhoische Infection der Nasenschleimhaut, die durch zwei eclatante Fälle illustrirt wird. Im nächstfolgenden Abschnitte wird Ozaena atrophicans, simplex und foetida besprochen. Stoerk führt sie auf hereditäre Lues zurück, indem er in einer Reihe von Fällen von den Vätern der Erkrankten das Geständniss einst überstandener Lues bekam. Nachdem noch die phlegmonöse Entzündung der Nasenschleimhaut und die Epistaxis besprochen worden sind, geht Autor zur Beschreibung der Pharyngitis acuta und chronica über, der der retropharyngeale Abscess folgt. Der Abschnitt schliesst mit dem Haematoma und Angioma pharyngis, auf die ich besonders aufmerksam machen muss. Der nächstfolgende (X.) Abschnitt ist der Sclerose des Kehlkopfes und der Luftröhre gewidmet. Hier sei bemerkt, dass Stoerk der erste war, der auf diese Erkrankung aufmerksam gemacht und ihr den Namen chronische Blennorrhoe beigelegt hatte. Der Zusammenhang derselben mit dem Rhinosclerom war ihm damals nicht bekannt; im Gegentheil boten alle im 1. Theil seiner Klinik der Kehlkopfkrankheiten 1876, beschriebene Fälle constant das Bild eines Rhinitis atrophicans und keineswegs das eines Rhinoscleroms dar. Jetzt spricht Stoerk selbst seine Blennorrhoefälle als Scleromfälle aus, nichtdestoweniger ist aber er der Erste, der diese Fälle bloss auf Grundlage klinischer Beobachtung und eines secirten Falles auf eine bis jetzt unbekannte Erkrankung sui generis zurückgeführt hat. Diesem Abschnitte folgt der über das Rhinosclerom, dem eine reiche tabellarische Uebersicht an der Klinik beobachteter Fälle, sowie mehrere Abbildungen beigegeben sind. Der XII. Abschnitt behandelt die gutartigen Neubildungen, der XIII. die hypertrophirte Rachenmandel, im nächstfolgenden werden die malignen Neubildungen, als Sarcome und Carcinome besprochen. Sehr interessant ist das Capitel über das Lymphosarcoma des Pharynx und Larynx; es sind in demselben auch mehrere Krankengeschichten und Abbildungen enthalten*). Die nächstfolgenden Abschnitte sind den Erkran-

*) Zu der letzten Krankengeschichte (Perlstein Chrit. — recte Chit.), bei der ich erwähnt bin, muss ich bemerken, dass ich bei dem Patienten anfangs nur die linke (10. 1. 95), zwei Wochen später auch die rechte Mandel (24. 1. 95) vergrössert, sehr hart, oberflächlich exulcerirt und theilweise mit verdicktem Epithel überzogen

kungen der Stirn- und Keilbeinhöhle, sowie dem Empyem der Siebbeinzellen gewidmet, worauf Lordose der Halswirbelsäule und ihr Einfluss auf den Schlingact und die Respiration erwähnt wird. Weiter finden wir die Abbildungen rhinologischer Instrumente, sowie vier Tafeln mit Durchschnitten der Nasenhöhle und deren Nebenhöhlen, die dem Atlase Onodi's entliehen sind. Im XIX. Abschnitte wurden tuberculöse und nicht tuberculöse Geschwüre im Larynx besprochen und durch mehrere Abbildungen illustrirt. Im XX.—XXIII. Abschnitt ventilirt Stoerk mehrere wichtige Zeitfragen bezüglich der Tuberculose und zwar zuerst die Heredität derselben, wobei er auch die Beobachtungen an Thieren verwerthet. Dabei musste natürlich auch die eventuelle Ansteckung in Rechnung genommen werden. Es sei mir erlaubt zu erwähnen, dass Stoerk auf Grund der Beobachtung die Tuberculose meines Wissens schon vor zwanzig Jahren für eine ansteckende Krankheit hielt. Im nächsten Capitel bespricht er die Phthisiotherapie. Er ist kein Lobredner des Creosots, hofft auch von hochgelegenen Curorten nicht viel, redet dagegen der Ueberernährung warm das Wort. Gegenüber der chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberculose verhält er sich sehr skeptisch, lehnt dagegen die Tuberculinbehandlung noch nicht gänzlich ab; er hofft nämlich in den von einer Mischinfection (Strepto- und staphylococcus) freien Fällen einen Nutzen vom Tuberculin erwarten zu dürfen. Der letzte Abschnitt enthält die Nasentuberculose, gegen welche Stoerk die operative Behandlung nicht verwirft. Zu Ende stellt er tabellarisch die in den letzten zwei Jahren behandelten Fälle von Nasentuberculose zusammen. P. Pieniaczek (Krakau).

---

c) British Laryngological and Rhinological Association.

Sitzung vom 11. Januar 1895.

Vorsitzender: Dr. Mc. Neill Whistler.

Wolfenden: Fall von recidivirendem Papillom, Epitheliom, Laryngofissur. Der Pat., ein Mann von 48 Jahren, hatte 1892 Papillome des Stimmbandes. Recidiv häufig. 1894 Laryngofissur. Nach 10 Tagen Entfernung der Hahn'schen Canüle. Genesung.

Wolfenden: Missbildungen des Pharynx. Zwei Fälle.

Wilkin: Alter Fall von Laryngitis syphilitica mit Gumma der rechten Lungenspitze.

---

fand. Ich dachte ursprünglich an die primäre syphilitische Infection an beiden Mandeln und wartete den Ausbruch des Exanthems bei Jodkaligebrauch ab. Der weitere Verlauf führte mich indessen auf die Idee, es sei ein Lymphosarcom, worauf ich dem Kranken Sol. arsen. Fowleri verschrieb und seinen Verwandten die Krankheit als eine unoperable Neubildung darstellte. Deshalb begab sich Patient nach Wien. Die Aehnlichkeit der beginnenden Erkrankung mit primärer luetischer Infection an der Mandel dürfte nach meiner Vorstellung öfters vorkommen.

Dundas Grant: Fall von Diplophonie. Milligan, Lennox Browne, Bark glauben, dass es sich um einen Fall von Laryngitis nodosa handelte, eine Krankheit, welche unter Schullehrerinnen sehr häufig sei.

P. Jakins: Fall von Larynxphthise, complicirt mit Epitheliom des Pharynx bei einer Frau von 33 Jahren.

Whistler: Fall von doppelseitiger Abductorenparalyse.

Lennox Browne: Microorganismen bei Diphtheritis.

Sitzung vom April 1895.

Vorsitzender: Dr. Whistler.

Lennox Browne: Einiges über die Bacteriologie der Ozaena.

Redner zeigt die Löwenberg'schen Bacillen; ferner colorirte Abbildungen des Pharynx bei den verschiedenen Arten von Diphtheritis. Oedem der Uvula und des weichen Gaumens sei bei Diphtheritis sehr selten.

E. Law: Fall von doppelseitiger Affection des Sinus maxillaris.

Adolph Bronner.

d) Aus der laryngologischen und otologischen Gesellschaft zu Budapest.

Sitzung vom 25. Januar 1895.

1. Egmont Baumgarten stellt eine 30jährige Frau mit membranösem Verschluss der Choanen vor. In der Literatur seien 37 Fälle von Choanenverschluss mitgetheilt, die sich zumeist auf knöchernen, seltener häutigen Verschluss beziehen. Vortr. publicirte bereits in 1889 einen Fall von häutigem (narbigem) Choanenverschluss, der nach Syphilis entstand. Diese Frau sei aber immer gesund gewesen, habe vor 10 Monaten Influenza gehabt, und könne seitdem nicht durch die Nase athmen.

Bei der Inspection durch die Nase glaubt man die Bewegungen des weichen Gaumens zu sehen; doch ist dies gerade die hinten ausgespannte Membran, welche vom Rachendache zum weichen Gaumen zieht, und Sprach- und Athembewegungen ausführt. Sie hat in der Mitte einen Schlitz von 5 mm Länge und 3 mm Breite. — Daneben besteht trockener Rachencatarrh.

Böke fragt, wie sich Vortr. die Genesis dieser rothen Membran erklärt, und ob die Nasenhöhle genügend berücksichtigt wurde.

Polyák möchte die Bildung vielleicht auf überstandene Lues zurückführen, wenn auch gar keine Zeichen von derselben vorhanden seien.

Baumgarten dachte wohl über eine Erklärung nach, kann aber eine solche nicht geben; von Lues sei keine Spur; übrigens dürfte uns das Mikroskop irgend welche Anhaltspunkte nach der Exstirpation geben.

Némai (Neuman) neigt zur Ansicht, die Membran sei mit angeboren.

Vortr. will dies zugeben; vielleicht war der Schlitz früher grösser, und sei erst später enger geworden.

2. Némai-Neuman demonstrirt einen Fall von gestieltem Papillom des weichen Gaumens; die Papillome werden zumeist zufällig entdeckt; eines fand er an der Tonsille mit langem Stiele haftend, einige an der Uvula; sie dürften, wenn ihr Stiel durch die Schluckbewegungen genügend ausgezogen wird. sich ablösen und von den Besitzern verschluckt werden.

---

e) XIV. Sitzung des oto-laryngologischen Vereins in Budapest.

Zwillinger: Kehlkopflähmung in Folge eines Processes an der Gehirnbasis.

Der Fall betrifft einen 35 Jahre alten Amtsdiener, der Luës leugnet, doch Blenorrhoea und in ihrem Verlaufe Warzen gehabt zu haben vorgiebt.

Im Jahre 1884 bekam er Schmerzen im rechten Arme, die erst nach 25 Inunctionen wichen. Im März vorigen Jahres trat eine Facialparalyse auf, welche sich weder auf Jodkali noch Elektrisation besserte, sogar noch heute besteht. Am 17. Oktober v. J. traten heftige Kopfschmerzen und Unwohlsein, Abducens-, Rachen- und Kehlkopfparalyse, Trigeminus- und Acusticus-Anaesthesie rechterseits auf. Spiegelbefund: Rechter Gaumenbogen gelähmt, Uvula schief, rechte Larynxhälfte bei Phonation total unbeweglich, das Stimmband excavirt und vollständig abducirt, die linke Seite überschreitet die Medianlinie bei Phonation. [Soll das bedeuten: „in Inspirationsstellung"? Das würde allen sonstigen Erfahrungen widersprechen. Red.] Sensibilität intact.

Die Diagnose wurde auf einen syphilitischen Process der Gehirnbasis gestellt und eine Schmierkur eingeleitet. Schon nach 4 Inunctionen wahrnehmbare Besserung; Abducens- und Gaumenbogenlähmung behoben, rechtes Stimmband macht bereits Excursionen, doch ist es noch concav und die Glottis schief. Die gelähmte Seite scheint tiefer zu stehen. Derzeit nach 26 Inunctionen ist blos die Glottis schief, rechtes Stimmband etwas relaxirt und Stimme wenig heiser.

Némai findet das gesunde Stimmband etwas tiefer stehen und folgert daraus kraft seiner Thierexperimente auf die Lähmung des rechten M. cricothyreoideus.

Böke fasst die Facialparalyse mehr als central auf, da in ähnlichen Fällen Facial- und Acusticusparalyse nicht gleichseitig sind. Die Acusticusparalyse verursacht seiner Meinung nach ein localer Process im Ohre und die Facialisparalyse wäre demnach peripher.

Krepuska nimmt eine Stoffvermehrung, welche auf den Acusticus und Facialis in ihrem gemeinsamen Verlaufe einen Druck ausübt als Ursache der Paralyse an, und localisirt das Leiden von der Austrittsstelle in der Medul. oblongata bis zum Boden des Gehörganges. Die Mitleidenschaft des N. vagus resp. das Verhalten des Pulses ist in ähnlichen Fällen auf die nähere centrale Localisation von grossem Werth.

Böke weist auf Fälle von Gehirnsyphilis hin, wo auf beide Nerven Exostosen und Tophi im M. auditorius internus Druck ausgeübt hatten.

Szenes glaubt auf die periphere Lage des Uebels aus den angeblich beobachteten Geschmacksalterationen Folgen ziehen zu können. Seiner Ansicht nach ist der Sitz des Leidens bei beiden Nerven nicht an derselben Stelle, da die Punktion beim Facialis eine Besserung erzielte, die Acusticusanaesthesie jedoch anhält.

Zwillinger hält seine Aussage, dass das gesunde Stimmband etwas höher steht, Némai gegenüber aufrecht.

Irsai und Polyák untersuchen den Fall und finden dasselbe.

2. Stipanits: Entfernung der unteren Muschel.

Auf Grund eines vorgestellten Falles bespricht Vortr. das Abtragen der Muschel mit Meissel, Scheere oder Knochenzange. Er irrigirt die Nase erst mit schwacher Sublimatlösung durch, anaesthesirt mit 10proc. Cocainlösung und entfernt die Muschel nach Bedarf ganz oder theilweise. Die Blutung stillt er mit Alumnollösung und wechselt die eingeführten Jodotormgazetampons 2—3 mal täglich. In 8—10 Tagen erfolgt die Heilung. Die Operation macht er bei wegen der Muschel unerreichbaren Leiden und bei hochgradiger Hypertrophie, wo ein Eingriff überhaupt nothwendig ist. Er hält nämlich seine Operationsart für besser als die Cauterisation, weil sein Verfahren radical ist, das Leiden in einer Sitzung behebt und die Heilung schnell erfolgt.

Polyák glaubt, das Verfahren dürfte nur selten indicirt sein, da die Blutung oft schwer zu beherrschen ist und das Verfahren gerade dadurch in die Länge gezogen wird. Es kann durch die kalte Schlinge ersetzt werden, die Galvanocaustik jedoch nicht verdrängen. Er sieht ferner einen folgevollen Nachtheil in der zu starken Erweiterung des Nasenganges und in der tagelangen Tamponade der Nase.

3. Némai: Kehlkopfnarben nach hochgradigen tuberculösen Destructionen.

Patient ist fieberfrei, in den Lungen vorgeschrittene, derzeit zum Stillstand gekommene Tuberculose. An der Epiglottis, rechten aryepiglottischen Falte und am Stimmbande höckerige, doch nicht exulcerirte grosse Defecte, deren Boden solides Narbengewebe bildet. Der rechte Aryknorpel ist infiltrirt und der Process kann nicht als geheilt betrachtet werden. Für Syphilis sprechen weder Symptome noch Anamnese.

Zwillinger stellt trotz der Vernarbung eine schlechte Prognose in Aussicht, da die ganze Umgebung infiltrirt ist. Die Vernarbung ist bei Jodoform- und Morphin-Insufflationen seinen Erfahrungen nach recht oft eine überraschende.

---

f) IX., X. und XI. Sitzung des Oto-rhino-laryngologischen Vereines zu Budapest.

Polyák: Fall von Tuberculoma nasi mit Demonstration des histologischen und bakteriologischen Befundes. 49 Jahre alte Patientin. Die rechte Nasenhälfte ist seit einem halben Jahre wund, borkig und häufig blutend. Aus der

rechten Nasenöffnung ragt eine höckerige, mit Granulationen besäete Geschwulst hervor, welche Vortragender mittelst Galvanocauter entfernte. Die exstirpirte Geschwulst war 30 mm lang und 14 mm breit, weich, die Schnittfläche gallertig, gräulich, uneben, hie und da von Bindegewebe durchzogen. Die Untersuchung ergab zahlreiche Tuberkel und in den Langhans'schen Riesenzellen einige Bacillen. Der Sitz der Geschwulst, der knorpelige Theil der Nasenscheidewand, war gänzlich erweicht, theilweise zerstört. Das Uebel ist ein seltenes; Chiari sammelte 20 Fälle aus der Literatur.

Irsai beobachtete einen ähnlichen Fall. Er empfiehlt den Sitz der Geschwulst nachträglich mit Milchsäure zu behandeln.

Krepuska sah auch einen ähnlichen Fall, Combination in der Nase und im Ohre. Die Untersuchung war in seinem Falle eine sehr schwierige; erst in 60 bis 80 Schnitten gelang es ihm in zweien Riesenzellen und in einem Tuberkelbacillen zu finden.

v. Navratil stellt einen in Folge eines Selbstmordversuches entstandenen und geheilten Fall von narbiger Larynxstenose vor. Der 24jährige Patient, Müllergeselle, hatte sich vor $1^1/_2$ Jahren den Kehlkopf aufgeschnitten. Der Schnitt begann am inneren Rande des linken Sternocleido-mastoideus, durchkreuzte quer den ganzen Kehlkopf, knapp unterhalb der Stimmbänder bis zu einem Drittel des Sagittaldurchmessers des Kehlkopfes in die Tiefe dringend und endigte vor dem inneren Rande des rechten Kopfnickers. Der nach zwei Tagen herbeigerufene Arzt setzte wegen beginnender Athemnoth eine Canüle in den Kehlkopf, und vernähte den übrigen klaffenden Theil der Wunde. Die Wunde heilte aber erst nach drei Monaten, mit ausgedehnter, den Kehlkopf bedeutend verengender Narbenbildung. In diesem Zustande wurde Patient auf die Abtheilung des Vortragenden aufgenommen, wo an ihm vor Allem, zum Behufe der Deplacirung der Canüle aus dem Kehlkopfe, die tiefe Tracheotomie vollzogen wurde. Nach Rückbildung der reactiven Erscheinungen versuchte Vortragender den Kehlkopf vergebens nach der Weise Schrötter's und mit seinem Dilatator zu erweitern. Die narbige Strictur wich den Erweiterungsversuchen nicht. Nun spaltete Vortragender den Kehlkopf, placirte eine Doppelcanüle in denselben, deren untere Röhre in die Trachea, die obere hingegen in den Kehlkopf bis oberhalb der Stimmbänder hinaufragte und den Luftstrom in die Trachea hindurchliess. Hierauf bedeckte er die nach Entfernung der Narben klaffende Kehlkopfwunde plastisch mit einem vom Halse genommenen Hautlappen, welcher die vordere Wand des Kehlkopfes ersetzte. Die Heilung gelang per primam.. Patient athmet bei verschlossener Canüle vom Kehlkopf aus. Seither schloss Vortragender die Trachealwunde plastisch und entfernte für die Dauer die Canüle.

Irsai hält einen Vortrag über intramusculäre Sublimat-Injectionen bei hochgradiger Larynxsyphilis.

Vortragender erwähnt, dass seines Wissens ausser ihm bisher Niemand bei schweren Fällen von Larynxsyphilis intramusculäre Injectionen von 5proc. Sublimatlösung vorgenommen habe. Er machte in 3 Fällen bei bedeutenden, mit mehr

weniger hochgradiger Stenose verbundenen, luetischen Veränderungen des Kehlkopfes intramusculäre Sublimatinjectionen in die Glutealgegend mit bestem Erfolge. Die Kranken bekamen wöchentlich je eine Injection, der erste im Ganzen 9, der zweite 7, der dritte ebenfalls 7 Injectionen. Schon nach der zweiten Injection stellte sich bei allen Patienten eine merkliche Abnahme sowohl der luetischen Erscheinungen, als auch der Athemnoth ein. Nach der 7., resp. 9. Injection war der Kehlkopf rein und das Athmen vollkommen frei.

Vortragender bemerkte weder allgemeine, noch locale Complicationen in Folge der Einspritzungen.

Zwillinger glaubt dieselben Resultate mit subcutanen Sublimatinjectionen oder mit Einreibungen grauer Quecksilbersalbe in grossen Dosen erreichen zu können.

Polyák ist der Ueberzeunung, dass bei ausgesprochenen stenotischen Erscheinungen in Folge von hochgradiger Larynxsyphilis die intramusculäre Injection 5proc. Sublimatlösung von ergiebigerer Wirkung sei, als die subcutane Injection oder die Inunctionscur.

v. Navratil hat von intramusculären Injectionen ähnliche günstige Erfolge gesehen, nichtsdestoweniger warnt er vor zu grossem Optimismus bei hochgradiger Athemnoth, wo sich, wie das seine Erfahrungen in vielen Fällen zeigten, die Tracheotomie als unabweisbar und allein als raschester und sicherster lebensrettender Eingriff erwies.

X. Sitzung (24. Mai 1895).

1. Polyák: Wolfsrachen mit hochgradiger Muschelhypertrophie. Pertik'sches Divertikel.

18jähriger Jüngling hat neben Wolfsrachen eine ungewöhnlich grosse Hypertrophie der Muscheln. Vortragender beabsichtigt nach Abtragen der Muschelenden eine osteoplastische Operation. Beachtenswerth ist ferner beim Patienten die Divertikelbildung im Nasenrachenraum, die trotz des congenitalen Ursprunges als Pertik'sches Divertikel aufzufassen ist.

Zwillinger hat bei Wolfsrachen ebenfalls oft Hypertrophie der Muscheln gesehen und findet die plastische Operation erst nach Zurechtbringen der Nase am Platze.

v. Navratil hält eine einfache Sutur schon der Spannung wegen für ungenügend, die Periostal-Lappenbildung jedoch für das Richtigste.

2. Polyák: Fall von primärer Perichondritis trachealis.

44jähriger Mann, von Geburt nicht behaftet, spuckte nie Blut, hustet und schwitzt zuweilen. Zeigt am Halse der unteren Kehlkopf- und oberen Trachealpartie entsprechend eine kindesfaustgrosse Geschwulst mit allen Zeichen der Entzündung; in der Trachea vorne ist eine Hervorwölbung zu sehen. Vortragender nimmt, da Lues und Eiterinfection sicher ausgeschlossen werden kann, trotz der negativen Anamnese und negativer Befunde der Lunge und des Auswurfes, eine primäre, tuberculöse Perichondritis an.

3. Némai: Empyem der Keilbeinhöhle und Siebbeinzellen.

Der Kranke leidet an Nasenverstopfung, Kopfschmerz und eitrigem Ausfluss der rechten Nasenhälfte. Mit der Sonde fühlt man am Nasendache nekrotische Knochen, wo man, in die Keilbeinhöhle gelangend, die Mitleidenschaft der Siebbeinzellen constatiren kann. Die Aetiologie des Leidens ist unbekannt.

v. Navratil betont die specifische Natur dieser Nekrosen und empfiehlt, da Lues hier ebenfalls nicht ausgeschlossen, eine antiluetische Cur, doch die Lokalbehandlung in erster Reihe. Die Nähe der Gehirnbasis contraindicirt die Operation nicht.

Zwillinger hält bloss die lokale Behandlung für nothwendig.

v. Navratil.

III. Briefkasten.

Der XII. Internationale Medicinische Congress und die Laryngologie.

Folgende weitere Correspondenz (vergl. Centralblatt XII, p. 144) hat zwischen dem geschäftsführenden Mitglied der Section IX c. (Section de laryngo-rhinologie) Herrn Dr. St. v. Stein und Prof. F. Semon stattgehabt:

Moskau, 14. Februar 1896.

Verehrtester Herr College!

Nachdem ich den Brief des Herrn Prof. Geh. Med.-Rath B. Fränkel und noch einige andere Briefe (der Ihrige kam zu spät) dem Organisationscomité vorzeigte, so entschloss sich dasselbe, die Rhino-Laryngologie und Otologie als selbstständige Sectionen der Allgemeinen Abtheilung IX der Chirurgie unter die Buchstaben c zu setzen:

a) Ophthalmologie,
b) Kriegschirurgie,
c) Rhino-Laryngologie,
c) Otologie.

Jetzt ist vom Organisationscomité ein Rundschreiben (der Text desselben in russischer Sprache ist hier beigefügt; es wird auch in ausländischen Zeitschriften erscheinen) erlassen, wo dasselbe unsere Fächer als selbstständige Specialitäten anerkennt. Die Verschmelzung dieser Specialitäten mit der Abtheilung der Chirurgie soll nur auf ihre Verwandtschaft mit der klinischen Medicin im Allgemeinen und mit der Chirurgie besonders hinweisen. Es ist selbstverständlich, dass dieses in keinem Falle als Hinderniss für selbstständige Arbeit der genannten Specialitäten dienen kann etc. (Vielleicht werden Sie sich den Text wörtlich übersetzen lassen.) Hier wird auch die Ausschliessung der englischen Sprache motivirt.

Was den Widerspruch mit dem Brief-Stempel anbetrifft, so können Sie daraus ersehen, dass man unsere Specialitäten als selbstständig wirkende betrachtete. Dass unsere Specialität herabgedrückt wurde, findet seine Erklärung in der Abwesenheit in Moskau einer Professur für diese Specialitäten, ergo eines Vertreters

in der medicinischen Facultät, welche mich den ältesten Privatdocenten in Moskau unserer Specialität zum einzigen verantwortlichen geschäftsführenden Mitgliede ernannte. Ich wollte die Rhino-Laryngologie einem anderen selbstständigen Geschäftsführer abtreten, aber man war dagegen.

Mit vorzüglicher Hochachtung

ergebenst

Dr. St. von Stein.
Privatdocent.

London, 6. März 1896.

Verehrter Herr College!

Ihrem gefälligen Schreiben vom 14. Februar entnehme ich gern, dass wenigstens in einem der von mir in meinem letzten Schreiben berührten Punkte das Organisationscomité des nächsten internationalen Congresses eine Rückkehr zu den Einrichtungen der letzten Congresse beschlossen hat, indem es der Otologie und der Laryngo-rhinologie getrennte Abtheilungen bewilligt. Ich bin überzeugt, dass diese Modification, welche natürlich ein gemeinschaftliches Tagen beider Abtheilungen bei Discussionen von gemeinschaftlichem Interesse nicht ausschliesst, von den Interessenten beider Specialitäten mit Freude begrüsst werden wird.

Wenn ich mich von dem sonstigen Inhalt Ihres gefälligen Schreibens und von der officiellen Kundgebung des Comités im „Wratsch", die mir ein hiesiger College freundlichst übersetzt hat, nicht völlig befriedigt erklären kann, und dies im Folgenden motivire, so bin ich überzeugt, dass Sie meine Bemerkungen in dem Sinne auffassen werden, dass mir einerseits eine nörgelnde Kritik der Beschlüsse Ihres Comités ganz fern liegt, und dass, zweitens, meine Ausstellungen in keiner Weise gegen Sie persönlich gerichtet sind. Aber die Fragen, um welche es sich in unserer Correspondenz handelt, sind von so grossem und allgemeinem Interesse für die Laryngologie und kehren leider bei den internationalen Congressen so häufig wieder, dass eine freie Discussion derselben durchaus geboten erscheint, um endlich einmal die Stellung unserer Specialität und die Befugnisse der Organisationscomités solcher Congresse in Beziehung auf dieselbe in unzweideutiger Weise zu präcisiren.

Gestatten Sie mir also, freimüthig auszusprechen, dass die Erklärung, derzufolge die Rhino-laryngologie und Otologie (abgesehen von den beiden anderen Abtheilungen, deren Interessen uns nicht näher berühren) „als selbstständige Sectionen der allgemeinen Abtheilung IX, Chirurgie" aufgefasst werden sollen, mir weder die Sachlage klar zu stellen scheint, noch mich befriedigt. Sie sagen im weiteren, dass die Verschmelzung dieser Specialitäten mit der Abtheilung der Chirurgie „nur auf ihre Verwandtschaft mit der klinischen Medicin im allgemeinen und mit der Chirurgie besonders hinweisen soll". Eine solche Begründung könnte man gelten lassen, wenn dieselbe durchgehends durchgeführt worden wäre, zwei grosse allgemeine Abtheilungen: Chirurgie und Medicin, constituirt worden wären, und alle Specialfächer unter diesen grossen Abtheilungen als selbstständige Sectionen constituirt worden wären.

Wie die Sache aber vom Organisationscomité Ihres Congresses eingerichtet worden ist, bedauere ich, die gefassten Beschlüsse in keinem anderen Sinne auffassen zu können, als dass eine unliebsame und kränkende Unterscheidung zwischen der Dignität einzelner Specialitäten gemacht worden ist! — Ich wenigstens vermag nicht einzusehen, weswegen die Pädiatrie, die Nerven- und Geisteskrankheiten und die Haut- und venerischen Krankheiten*) in

---

*) Hier hätten in dem Originalbriefe grösserer Klarheit wegen die Worte: „denen allen völlig unabhängige Stellungen eingeräumt worden sind" eingeschaltet werden sollen. F. S.

irgend welcher Hinsicht weniger mit der klinischen Medicin verwandt sind, als die Otologie, Rhino-laryngologie und Ophthalmologie, und ich bin überzeugt, dass die Mehrzahl der Interessenten genau ebenso denkt, wie ich selbst. Dass die beschlossene Einrichtung „in keinem Falle als Hinderniss für selbstständige Arbeiten der genannten Specialitäten dienen wird", gebe ich gern zu; die Möglichkeit aber, in reducirter Stellung selbstständig zu arbeiten, tröstet nicht über den völlig unverschuldeten Verlust einer bisher mit Ehren innegehabten Stellung, und wenn man sich eine solche willkürliche Beeinträchtigung ohne Einspruch gefallen lässt, so gesteht man damit indirect den betreffenden temporären Behörden das Recht zu, bei anderen Gelegenheiten weitere willkürliche Beschränkungen vorzunehmen, ein Recht, das ich im Interesse unserer Specialität durchaus bestreite.

Ich wünsche hier nicht missverstanden zu werden. Es muss selbstverständlich im Einklang mit dem Wechsel und den Fortschritten unserer Wissenschaft den betreffenden Organisationscomités der internationalen Congresse überlassen bleiben, von Zeit zu Zeit solche Aenderungen der bestehenden Einrichtungen zu treffen, wie sie sich im Interesse des Erfolges dieser Congresse als nothwendig herausstellen. Wenn also eine neue Specialität sich entwickelt, welche eine eigene Section nicht nur beanspruchen kann, sondern sie zu gedeihlichen Arbeiten braucht, oder wenn es sich herausstellt, dass eine oder mehrere der bestehenden Sectionen weder genügend besucht sind, noch werthvolle wissenschaftliche Leistungen aufzuweisen vermögen, so wird gewiss nichts dagegen einzuwenden sein, dass im ersten Falle eine neue Section begründet wird, im letzteren bestehende wegfallen. Aber wogegen ich protestire, ist: dass ohne jeden zwingenden innerlichen Grund Zweige der medicinischen Wissenschaft, die in jeder Weise ihre selbstständige Stellung gerechtfertigt haben, aus rein localen Gründen plötzlich dieser Selbstständigkeit beraubt werden! — Und damit komme ich zum Kernpunkt der ganzen Frage. Sie sagen in Ihrem Briefe: „Dass unsere Specialität herabgedrückt wurde, findet seine Erklärung in der Abwesenheit in Moskau einer Professur dieser Specialität, also eines Vertreters in der medicinischen Facultät . . . etc." Das heisst mit anderen Worten: die Laryngologie der Welt wurde einer selbstständigen Stellung beraubt, weil an der Universität Moskau keine Professur für Laryngologie existirt! Kann man sich etwas Ungerechtfertigteres — ich wähle absichtlich den mildesten mir zu Gebote stehenden Ausdruck — denken? Nur noch einen Schritt weiter, und wir kommen dazu, dass ein bis dahin selbstständiger Zweig unserer Wissenschaft bei einer solchen Gelegenheit einfach aus dem Grunde ausgeschlossen wird, weil sich zufällig im Comité Niemand befindet, der sich für ihn speciell interessirt! — So ist es ja diesmal thatsächlich anfänglich mit der Militärmedicin geschehen.

Solchen Uebelständen gegenüber muss nachdrücklichst betont werden, was nicht nur bei der gegenwärtigen, sondern auch schon bei früheren Gelegenheiten nicht genügend berücksichtigt worden zu sein scheint: dass das Organisationscomité eines internationalen Congresses sein Mandat von der ganzen wissenschaftlichen Welt empfangen hat, und die Interessen der Gesammtwissenschaft aller Länder, nicht aber locale und persönliche Verhältnisse vertritt! Wir Laryngologen haben speciell unter der Nichtberücksichtigung dieses eigentlich selbstverständlichen Grundsatzes zu leiden gehabt: in London sollten wir im Jahre 1881 aus ausschliesslich persönlichen Gründen ursprünglich ganz ausgeschlossen werden; in Kopenhagen war es anfänglich beabsichtigt, uns aus dem einzigen Grunde mit den Otologen in eine Section zusammenzubringen, weil derzeit nach der Meinung des Comités keine geeignete Persönlichkeit in Dänemark vorhanden war, der man das Präsidium der laryngologischen Section übertragen konnte; bei dem Washingtoner Congresse war die Selbstständigkeit der laryngologischen Section aus dem Grunde bedroht, weil der anfänglich gewählte Präsident mit Homoeopathen consultirt, und jetzt in Moskau ist der Versuch gemacht worden, uns aus unserer Stellung herabzudrücken, weil an der Universität Moskau keine Professur für Laryngologie existirt! — Das ist doch wirklich eine Reductio

ad absurdum aller derjenigen Principien, die von Rechtswegen für die Stellung einer anerkannten Specialität innerhalb des Rahmens der Gesammtwissenschaft gelten sollten, und es ist Zeit, dass dies einmal offen ausgesprochen wird! —

Ebensowenig als in dieser Frage, befriedigen mich die Erklärungen des Comités hinsichtlich des Ausschlusses der englischen Sprache bei dem bevorstehenden Congress. Das Comité erklärt, dass es nur dem Wunsche der medicinischen Presse aller Länder gefolgt sei, indem es ursprünglich die französische Sprache allein zur Congresssprache erhoben habe, und dass die spätere Zulassung des Deutschen und Russischen nur Concessionen an die russischen Aerzte gewesen seien. Darf ich darauf aufmerksam machen, 1) dass eine ideale Lösung der Sprachenfrage überhaupt unmöglich ist, 2) dass es bei denjenigen Congressen, in welchen die deutsche, französische und englische Sprache als Medien des Verständnisses bestimmt worden sind, ganz vortrefflich gegangen ist, 3) dass die Verhältnisse in dieser Beziehung heute gerade ebenso liegen wie früher, und 4) dass doch bei einem internationalen Congresse, bei welchem naturgemäss die Aerzte desjenigen Landes, in welchem der Congress abgehalten wird, sich als Wirthe fühlen und die ausländischen Collegen als Gäste betrachten müssen, einige Rücksicht auf letztere wohl am Platze wäre! — Der Ausschluss der englischen Sprache bedeutet thatsächlich den Ausschluss der britischen und amerikanischen Aerzte von dem Congress, denn nur eine verschwindende Minderzahl dürfte sich bereit finden, unter solchen Bedingungen wie den jetzt beliebten die weite Reise nach Moskau zu machen. Die Berliner klinische Wochenschrift hat bereits in Erinnerung gebracht, dass bei dem Berliner Congresse die englisch sprechenden Aerzte ein volles Fünftel der Gesammtzahl ausmachten. Sie hätte ebenso gut sagen können, dass die britischen und amerikanischen Aerzte allein fast die Hälfte aller ausserdeutschen Besucher des Congresses ausmachten. Bei allen anderen ähnlichen Gelegenheiten sind die Aerzte englischer Zunge ebenfalls so zahlreich gewesen, dass sie auf specielle Berücksichtigung Anspruch erheben dürfen; die englische Sprache ist diejenige zweier der medicinisch rührigsten Nationen, — gerade sie auszuschliessen scheint mir, wenn man den Zweck internationaler medicinischer Congresse erwägt, ein mehr oder minder selbstmörderischer Akt.

Zum Schlusse kann ich nur auf das Ernsthafteste zu erwägen geben, dass wenn die internationalen medicinischen Congresse in Zukunft weiter blühen und gedeihen sollen, dies nur auf einer wirklich liberalen und weit ausschauenden Grundlage geschehen kann. Zwangsmassregeln, wie die diesmal beliebten, führen mit Nothwendigkeit zur Opposition und treiben, wenn sie auch unter dem Motto: der Zersplitterung entgegen zu arbeiten, eingeführt werden, gerade diejenigen, welche consequent eine selbstständige Entwickelung der einzelnen Zweige der Medicin innerhalb des Rahmens der Gesammtwissenschaft befürwortet haben, in die Reihen der Verfechter internationaler Specialcongresse. Das sollten die gegenwärtigen Delegirten der internationalen Wissenschaft bedenken.

Mit vorzüglicher Hochachtung

ergebenst

Felix Semon.

Im Anschluss an diese Correspondenz constatiren wir mit wahrer Genugthuung, dass wir mit unseren Anschauungen nicht allein stehen. Die „Berliner klinische Wochenschrift“ und die „Revue hebdomadaire de laryngologie“ sind ebenfalls auf ihren von Anfang an vertretenen, dem unseren ganz ähnlichen Standpunkt wiederholt in gleichem Sinne zurückgekommen, und dass auch in anderen Ländern der Beschluss des Moskauer Comités mit Bedauern und Befremden aufgenommen worden ist, geht aus folgendem, uns gütigst zur Verfügung gestellten Collectivschreiben der holländischen Laryngologen hervor:

Au comité exécutif du XIIe Congrès internat. de médecine.

Messieurs et très-honorés confrères!

C'est au sujet du XIIe Congrès International de Médecine, récemment reçu par nous, que nous sous-signés, professeurs de laryngologie aux universités des Pays-Bas, nous permettons de nous adresser à vous.

Nous avons été frappés péniblement en voyant se vérifier officiellement les incroyables assertions des journaux qui affermaient que la laryngologie serait exclue du congrès comme section individuelle; et c'est pourquoi nous vous prions instamment, de bien vouloir revenir sur votre décision, si nuisible aux intérets de notre branche spéciale de science et qui en outre rend la participation de laryngologistes au congrès sinon impossible, au moins douteuse, car la laryngologie étant considerée, ainsi que veut le règlement, comme une branche de la chirurgie, il devient impossible de traiter des sujets touchant essentiellement et exclusivement à la laryngologie de manière à les approfondir et à rendre la discussion fertile en résultats.

Du reste, il est invraisemblable que les laryngologistes de quelque importance entreprennent le voyage à Moscou, pour se voir réduits à partager le temps déjà si court, reservé au travail scientifique, avec les chirurgiens, les otologistes, les dentistes et les oculistes.

Nous croyons pouvoir citer le congrès de Rome, si riche en resultats quant à notre branche, comme une preuve de notre assertion. Là pendant toute la semaine, que dura le congrès, la section laryngologique fut la scène d'une activité sans trève, couronnée pleinement de succès; pourtant tout ce que promettait le programme ne put être traité. La laryngologie, quoique une science de nouvelle date, est pleine de vie et de force; elle s'est developpée d'une manière remarquable et possède une littérature extensive.

Ses adeptes sont pour la plupart des laryngologistes pur-sang, qui ne se sentent nullement enclins à suivre pendant toute une semaine des discussions sur des sujets de chirurgie et d'ophthalmologie. D'un autre coté les questions brûlantes de la laryngologie sont dépourvues de tout intérêt pour les dentistes et les otologistes.

En vous priant avec instance de créer une section laryngologique independante et de la chirurgie et de l'otologie nous sommes convaincus d'être les interprètes des laryngologistes du monde entier.

Nous vous prions, très-honorés messieurs, de croire, que ce n'est qu'animés par le désir sincère de voir réussir le XIIe congrès, et par l'intérêt que nous portons à notre science, que nous nous adressons à votre comité.

Agréez Messieurs, l'expresssion de notre haute considération

P. Q. Brondgeest, lector à l'université d'Utrecht.
H. Burger, privat-docent à l'université d'Amsterdam.
W. Posthumus Meyes, privat-docent à l'université d'Amsterdam.
W. Schutter, privat-docent à l'université de Groningue.

Personalia.

Die Herren B. Fränkel (Berlin), Gouguenheim (Paris), Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.) und Felix Semon (London) sind zu Ehrenmitgliedern der Wiener Laryngologischen Gesellschaft gewählt worden.

Versammlung süddeutscher Laryngologen.

Die dritte Versammlung süddeutscher Laryngologen wird am 2. Pfingstfeiertage,

den 25. Mai in Heidelberg

stattfinden.

Diejenigen Herren Collegen, welche Vorträge oder Demonstrationen zu halten beabsichtigen, werden gebeten, ihre Themata bis zum 25. April d. J. dem Unterzeichneten zuzusenden.

Die ausführliche Tagesordnung wird Anfang Mai versendet werden.

Mit collegialem Grusse
i. A.:
Dr. Eulenstein
II. Schriftführer.

Frankfurt am Main, 9. III. 96.
Bleichstrasse 31.

Spanischer Congress für Oto-Rhino-Laryngologie.

Am 6. Januar 1896 fand in Madrid eine zahlreich besuchte Versammlung spanischer Kehlkopf- und Ohrenärzte statt, in welcher beschlossen wurde, den ersten spanischen Congress für die genannten Specialitäten im Monat October dieses Jahres in Madrid abzuhalten.

Das Wilhelm Meyer-Monument.

Ein spanisches Comité für das Meyer-Denkmal hat sich constituirt. Vorsitzender ist Dr. Ricardo Botey, Schatzmeister Dr. L. Suñe, und Secretär Dr. C. Karminski.

Die Vorstände der einzelnen nationalen Comités würden mich zu Dank verpflichten, wenn sie mich im Laufe des Monats April über den Betrag der bei ihnen eingelaufenen oder versprochenen Beiträge informiren wollten, um es mir zu ermöglichen, je nach dem Ergebniss definitive Vorschläge zu unterbreiten, wie lange die Listen offen gehalten werden sollen.

Felix Semon.
39 Wimpole Street.
W. London.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XII. Berlin, Mai. 1896. No. 5.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **Kayser** (Breslau). **Bericht über die 1893 und 1894 in der Prof. Gottstein-schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 9. 1895.*

Unter den Kehlkopffällen sind folgende bemerkenswerth:

Ein Fall von Recurrenslähmung durch Struma migrans, ein Fall von plötzlich über Nacht aufgetretener Recurrenslähmung, die vermuthlich durch einen acuten Process in der Medulla oblongata bedingt war, ein Fall von Tremor der Stimmbänder in Folge von Schrecken, eine Tracheocele durch Ulcus lueticum, ferner Papillome bei Kindern, die durch Thyreotomie entfernt worden waren und zwar Papillome an der Hinterfläche der Aryknorpel dicht über dem Eingang in den Oesophagus.

Unter den Nasenerkrankungen sind folgende bemerkenswerth:

Ein Rhinolith von einem Durchmesser von 2 cm bei einem 16jährigen Knaben; ein Fall von Nasenpolypen mit Empyem der Highmorshöhle und tödlicher Meningitis, dadurch merkwürdig, dass eine Meningocele in die Nasenhöhle eingetreten war, so dass durch die Abtragung des Polypen eine Communication zwischen Nasenhöhle und Schädelinnerem hergestellt wurde.

Ein Fall von Niesskrampf wurde geheilt durch Aetzung der überempfindlichen Stellen mit Chromsäure, ein Fall von nasalem Reflexhusten durch Durchtrennung einer Synechie zwischen unterer Muschel und Scheidewand. Heftige Nachblutung wurde einmal nach Operation adenoider Vegetationen beobachtet, sie wurde bedingt durch ein nicht ganz durchtrenntes Schleimhautstück; in 3 Fällen handelte es sich um tuberculöse Pharynxgeschwüre, in einem anderen Falle bestand ein Lymphangiom des weichen Gaumens. Bei einem Apoplektiker fand sich in Folge des jahrelangen Selbstbepinselns des Rachens Argyrie des Gesicht, der Zunge, des harten und weichen Gaumens. Bei einem 6jährigen Kinde war Sigmatismus nasalis in Folge des Bestehens einer Zahnlücke vorhanden. Die Strumatherapie durch Schilddrüsenextract, wozu die Tabletten benutzt worden, zeigte verschiedene

Resultate. Während die diffusen gleichmässigen Vergrösserungen der Schilddrüse von mässig weicher Consistenz durch das Mittel beeinflusst werden, zeigen sich cystöse oder knollige Geschwülste dagegen sehr resistent. SCHECH.

2) **Bayer. Statistik, klinische Rundschau, Beobachtungen einer Glycosurie nasalen Ursprungs, Jahresbericht aus dem Institut Chir. von Dr. Bayer, Abtheilungschef für Rhinol., Otologie und Laryngologie. (Rhinol., Otol. et Laryng.; Chef du Service Dr. Bayer; Statistique, Revue clinique; Observation de Glycosurie d'origine nasale.)** *Annal. de l'Institut Chirurg. de Bruxelles. Vol. II. 1895.*

Der Verf. macht zuerst eine statistische Zusammenstellung über 527 im Institut Chir. von ihm behandelte Kranke; er bespricht sodann kurz die wichtigsten Fälle, welche vorgekommen sind mit besonderer Berücksichtigung der von ihm eingeschlagenen Therapie. Zum Schluss theilt er einen Fall von Glycosurie nasalen Ursprungs mit, über welchen schon berichtet wurde. (Vergl. V. Jahresbericht belgischer Laryngol. und Otologen von 1894.) BAYER.

3) **Mounier. Heilung von 2 Fisteln der vorderen Halsgegend; Krankenverstellung. (Notes sur la guérison de deux fistules de la région antérieure du cou. Présentation de malades.)** 9. Congress für Chirurgie. Paris 1895. *Bullet. et memoires. p. 514.*

Im ersten Fall handelte es sich um einen Kranken, der 22 mal wegen einer im Anschluss an eine congenitale Cyste am Zungenbein entstandenen Fistel operirt worden war; beim zweiten Fall rührte die Fistel vom 5jährigen Tragen einer Trachealcanüle her. E. J. MOURE.

4) **J. B. Sutton. Ein Fall von medianer Halsfistel. (On a case of median cervical fistula.)** *Lancet. 9. November 1895.*

Der Pat. war 17 Jahre alt, die Fistel war in seinem 3. Jahre bemerkt worden. Eine Sonde konnte ihm bis auf die tiefe Halsfascie eingeführt werden. Es wurde der ganze Fistelgang excidirt; derselbe war ausgekleidet mit einem Cilientragenden Cylinderepithel. Es handelte sich um einen Ductus thyreoideus, nicht um eine Kiemenfistel. ADOLPH BRONNER.

5) **Klaussner** (München). **Ueber Tracheocele und Blähkropf.** *Münchner medic. Wochenschr. No. 43. 1895.*

Ausgehend von einem Falle, bei dem sich durch Pressen die Halsgegend sehr beträchtlich aufblähte, bespricht Kl. die Differentialdiagnose zwischen Tracheocele und Blähkropf. Die Tracheocelen oder wie sie Petit nennt, die Aerocelen können entweder als Ueberbleibsel der Kiemengänge entstehen, oder sie treten in späteren Jahren im Anschluss an pathol. Veränderungen speciell dachförmige (?) Erweiterungen der Schleimdrüsen auf, oder sie sind traumatischer Natur. Die Tracheocele äussert sich durch plötzliche Volumzunahme des Halses beim Husten oder Pressen, wodurch eine prall elastische, rundliche oder ovale Geschwulst entsteht. Heilung kann nur durch Operation erzielt werden. Verschieden davon ist der Blähkropf, der sich zwar auch beim Pressen, Heben schwerer

Lasten vergrössert, wobei die Volumzunahme auf stärkere Füllung der Gefässe erfolgt. Eine unanfechtbare Diagnose kann aber nur durch die anatomische Untersuchung oder operative Freilegung gestellt werden. SCHECH.

6) **H. Ripault. Ein Fall von Angina Ludovici. (Un cas d'angine de Ludwig.)** *Annales des malad. de l'oreille. No. 9. September 1895.*

R. berichtet über einen Fall von Angina Ludovici, bei dem kurze Zeit nach Eröffnung des Eiterherdes per os ein heftiger Erstickungsanfall eintrat, der die sofortige Tracheotomie nothwendig machte. Man erkannte, das ein zweiter Eiterheerd bestand, durch eine Scheidewand getrennt von dem ersten; dieses war die Ursache des Erstickungsanfalles und auch der schweren Schluckbeschwerden geworden. Als Complication waren eine enorme Hypertrophie der Zunge und ein Trismus zu vermerken, der noch 7 Wochen nach der Heilung anhielt. E. J. MOURE.

7) **James B. Newcomb. Angina Ludovici. (Ludwig's angina.)** *N. Y. Medical Journal. 23. November 1895.*

Vortrag, gehalten auf den 17. Congress der Americ. Laryngological Association; Referat im Verhandlungsbericht. LEFFERTS.

8) **N. Zuntz** und **J. Geppert. Zur Frage von der Athemregulation bei Muskelthätigkeit.** *Pflüger's Arch. LXII. Heft 6. 1895.*

Verff. weisen die Behauptung von Filehne und Kionka zurück, dass nicht, wie jene behaupten, die Vermehrung der Athmung bei Muskelthätigkeit durch das Blut vermittelt wird, welchem sich in den arbeitenden Muskeln auf das Athemcentrum wirkende Stoffe beimischen, dass es vielmehr im Muskel oder in der Lunge Nervenendigungen giebt, die bei der Muskelarbeit erregt werden und Vermehrung der Athmung veranlassen. A. ROSENBERG.

9) **Fr. Schenk. Beiträge zur Mechanik der Athmung.** Aus dem physiolog. Institut zu Würzburg. — *Pflüger's Arch. LXI. Heft 9. 1895.*

Wenn man einen Menschen unter einen grossen Blechsturz bringt, dessen Binnenraum mit einem Volumschreiber verbunden und der luftdicht nach aussen abgeschlossen ist, so giebt der Volumschreiber bei regelmässiger Athmung der Versuchsperson regelmässige Volumschwankungen des Binnenraums entsprechend der Athmung an, und zwar eine Vergrösserung des Volumens bei Inspiration, eine Verkleinerung bei Exspiration. Diese Volumschwankungen sind nach Sch.'s Untersuchungen im wesentlichen durch die Temperaturveränderungen der Lungen- und Kastenluft bedingt, die ihrerseits dadurch entstehen, dass die Wärmeabgabe des Körpers bei der Inspiration grösser ist, als bei der Exspiration.

A. ROSENBERG.

10) **T. K. Monro** (Glasgow). **Die Geschichte der chronisch degenerativen Erkrankungen des Centralnervensystems. (A history of the chronic degenerative diseases of the central nervous system.)** *Glasgow Medical Journal. December 1895.*

Unter anderen Krankheiten wird auch die Bulbärparalyse besprochen.

P. M. BRIDE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **G. Killian. Zur Anatomie der Nase menschlicher Embryonen.** *Archiv für Laryngologie u. Rhinologie. Bd. III. Heft 1 u. 2. 1895.*

In der vorliegenden Fortsetzung seiner Mittheilungen (cfr. Centrlbl. XI. p.758) behandelt K. die ursprüngliche Morphologie der Siebbeingegend. Die Ergebnisse der überaus sorgsamen Untersuchungen lassen sich bei der Masse gleichwerthiger Details im Referate nicht wiedergeben. F. KLEMPERER.

12) **R. Kayser. Die exacte Messung der Luftdurchgängigkeit der Nase.** *Arch. für Laryngol. u. Rhinol. Bd. III. Heft 1 u. 2.*

Die Zwaardemaker'sche Methode der Bestimmung der nasalen Durchgängigkeit durch die Aufnahme der Athemflecke lässt nur die Differenzen in der Athmungsleistung beider Nasenhöhlen erkennen ohne über die absolute exspiratorische Leistung etwas zu sagen. K.'s neue Methode basirt auf dem Satze, dass „bei gleichem Druck und gleicher Luftmenge die Strömungszeit als Maass der zu überwindenden Schwierigkeiten dient.“ Mit einem Blasebalg wird durch ein tief in den Mund (der nach aussen durch eine Gummiplatte abgeschlossen ist) gestecktes Glasrohr Luft unter bestimmtem Druck angesogen. Die zur Ansaugung einer bestimmten Menge Luft nothwendige Secundenzahl liefert einen Maassstab für die Durchgängigkeit der Nase. Die Methode, die wissenschaftlich von Interesse und Bedeutung zu sein scheint, dürfte vorläufig noch zu complicirt und für das Versuchsobject zu beschwerlich sein, als dass sie bereits in ihrer gegenwärtigen Gestalt practischen Werth gewinnen sollte. F. KLEMPERER.

13) **Lannois. Der nervöse Apparat des Geruchs. (L'appareil nerveux de l'olfaction.)** *Annal. d. malad. de l'oreille etc. No. 7. Juli 1895.*

Verf. beschreibt: 1) den peripheren oder extracraniellen Theil bestehend aus zwei Arten von Epithelzellen, den Stützzellen und den Nervenzellen in Stäbchenform. 2) den centralen oder intracraniellen Theil, der den aus folgenden drei Schichten bestehenden Bulbus in sich begreift: 1) die Schicht der Olfactoriusfibrillen, 2) die Schicht der Mitralzellen, 3) die Schicht der centralen Nervenfasern Zum Schluss behandelt Verf. die physiologische Leistung der einzelnen Theile und ihr Zusammenwirken. E. J. MOURE.

14) **H. Tilley. Drei Fälle von Parosmia; ihre Ursache und Behandlung. (Three cases of parosmia; causes, treatment.)** *Lancet. 12. Oct. 1895.*

Ein Fall nach Influenza. Ein Nasenspray von 12 proc. Strychnin-Lösung erzielte Heilung. Der zweite Fall blieb unklar. Der dritte Fall war offenbar nervöser Natur (Climacterium). ADOLPH BRONNER.

15) **Z. Srebrny. Hyperosmie et Paresmie.** *Medycyna. No. 45. 1895.*

Nachdem Verf. im Allgemeinen die Frage der Hyperosmie und Parosmie besprochen, beschreibt er einen interessanten Fall, in welchem bei einem 40jährigen

Manne nach Bepinselungen der Nasenschleimhaut mit Cocain, (zu diagnostischen Zwecken), jedes Mal eine sehr unangenehme Empfindung eines stinkenden Geruchs eintrat. In der Nase wie auch in den Nebenhöhlen waren keine nachweisbaren Veränderungen zu constatiren. A. v. SOKOLOWSKI.

16) **P. Bergengrün** (Riga). **Ueber die schädlichen Folgen der Nasenverengerung und behinderten Nasenathmung.** *Petersburger med. Wochenschr. 1895. No. 40.*

Ein kurzer Vortrag, in dem alle Ursachen und Folgen der behinderten Nasenathmung erwähnt werden. LUNIN.

17) **A. S. Tuisley. Nasen-Verstopfung und -Catarrh. (Nasal obstruction and catarrh.)** *Atlanta (Ga.) Med. and Surg. Journal. März 1895.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

18) **E. Fink** (Hamburg). **Die Bedeutung des Schnupfens der Kinder.** *Bresgen's Sammlung zwanglos. Abhandl. u. s. w. Heft 2.*

Nach einer Würdigung der wichtigen physiologischen Bedeutung der Nasenathmung bespricht F. die Aetiologie und Zeichen des acuten und chronischen Schnupfens, welch letzterer zu einer Hypersecretion und Hypertrophie resp. Atrophie der Schleimhaut führt.

Die Folgen der Hypertrophie der Nasenschleimhaut resp. der Verlegung der Nasenlichtung sind Veränderung des Oberkiefers, Nasopharyngitis, adenoide Vegetationen, Bronchitis, Pavor nocturnus, Enuresis nocturna, Laryngismus stridulus, mangelhafte Entwickelung des Brustkorbes, Sprachschwierigkeiten, vorzeitige Ermüdung der Stimme; ferner rührt manchmal das Stottern von chronischer Nasenschwellung her und sehr häufig Schwerhörigkeit. Dann stehen mit ihr in ursächlichem Zusammenhang Augenaffectionen der Kinder (Thränenträufeln, katarrhalisch-eitrige Entzündung der Thränenwege u. a.). Schliesslich gehören hierher die sog. Aprosexie, Kopfdruck und -schmerz.

2) Die Folgen der qualitativ und quantitativ veränderten Nasensecretion sind Mandelentzündungen, grössere Disposition, an Diphtherie zu erkranken, der Retropharyngealabscess, gelegentlich Cerebrospinalmeningitis, Dermatitis, Erysipel, Lupus u. a. Wenn F. sagt, dass wir „im chronischen Schnupfen der Kinder eine wesentliche Ursache der Scrophulose erkennen", so soll seiner Beweisführung nicht entgegengetreten werden. Allein sowohl in diesem Theil der übrigens sehr fleissigen und auch werthvollen Arbeit, als auch an manchen anderen Stellen hat es mir beim Durchlesen derselben den Eindruck gemacht, als hätten dem Verfasser zur Schilderung der Gefahren des Schnupfens der Kinder nur die schweren und unglücklichen kleinen Patienten Modell gesessen. A. ROSENBERG.

19) **Lewy. Acute Coryza bei Säuglingen. (Acute coryza in nurslings)** *N. Y. Med. Record. 5. October 1895.*

Die acute Rhinitis, an der kleine Kinder sowohl im Hochsommer, wie im kalten Winter gelegentlich erkranken, bedarf meist keiner Behandlung; nur wenn das Saugen gestört ist, ist eine Therapie einzuleiten. L. empfiehlt dann die Anwendung von Terpinhydrat in Dosen von 5 cg bei Kindern unter 1 Jahr, die dop-

pelte Menge bei älteren. Mit Borvaselin wird die Lippe vor Eczem geschützt. Leidet durch Verschluss der Nase infolge der Schleimhautschwellung die Ernährung stark, so riskirt L. eine Cocainbehandlung; er pinselt mit 5proc. Lösung, oder er legt in 1proc. Lösung getränkte Wattebäusche ein. Bei purulenter Rhinitis irrigirt L. die Nase mit lauem Wasser und bläst ein Pulver ein von 1 Arg. nitric. auf 20 Talc. oder stearinsaures Zink. LEFFERTS.

20) **M. Lermoyez. Die Behandlung der acuten Coryza. (The treatment of acute coryza.)** *N. Y. Med. Journal. 16. Februar 1895.*

Uebersetzung eines französischen Artikels (Journal des praticiens 26. Januar 1895). LEFFERTS.

21) **Redact. Bemerkung. Gegen acuten Schnupfen. (For acute coryza.)** *Phil. Med. News. 23. November 1895.*

Rp. Chloral . . . , . . . 0,6
Ol. Ricini 3,75
M. D. S. Auf die gereinigte Nasenschleimhaut zu appliciren.

LEFFERTS.

22) **Redact. Bemerkung. Rhinitis. (Rhinitis.)** *N. Y. Med. Record. 16. December 1895.*

Leberthran, die Hypophosphite etc. tragen zur Heilung der Rhinitis bei scrophulösen Kindern mehr bei, als jede einfach locale Behandlung. LEFFERTS.

23) **Hare. Nasencatarrh. (Nasal catarrh.)** *N. Y. Med. Record. 9. November 1895.*

In Fällen von chronischem Nasenkatarrh mit starker Reizbarkeit der congestionirten Schleimhaut wirkt eine Lösung von gleichen Theilen Extract. Hamamelis und Wasser, nach vorhergehender Reinigung der Nase in dieselbe eingesprayt, oft sehr günstig. LEFFERTS.

24) **Hamon du Fougeray. Ein Fall von acuter primärer eitriger Staphylokokken-Rhinitis bei einem Kinde geheilt durch 10proc. Mentholöl. (Un cas de rhinite purulente aigue primitive infantile à staphylocoques guérie par l'emploi de l'huile mentholée au 10.)** *Annal. des malad. de l'oreille, du larynx etc. No. 12. December 1895.*

Verf. hält nicht alle primären acuten Naseneiterungen beim Kinde für blenorrhoische. Er berichtet über einen Fall, in dem er unter Ausschluss von Gonokokken Staphylokokken nachweisen konnte. Die Heilung erfolgte schnell unter Anwendung der vom Verf. empfohlenen öligen Menthollösung. E. J. MOURE.

25) **B. Fränkel. Der Eisenbahnschnupfen.** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinologie. Bd. III. Heft 3. 1895.*

F. führt den Schnupfen, der Reisende häufig, besonders bei heissem trockenem Wetter befällt, auf den Reiz durch Staub, Kohlentheilchen etc. zurück. Zur Voraussetzung hat der Eisenbahnschnupfen, ähnlich wie der ihm verwandte Heu-

schnupfen, eine grössere Reizbarkeit der Nasenhöhlenauskleidung. Zur Bekämpfung der letzteren empfiehlt F. Ausspritzungen der Nase mit Argent. nitricum.

F. KLEMPERER.

26) **Klingel** (Elberfeld). **Ueber Rhinitis caseosa.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. III. Heft 1 u. 2. 1895.*

Verf. beschreibt einen Fall, in dem zwischen der verdickten unteren linkeu Muschel und der lateralen Wand der Nase ein stinkendes käsiges Secret angesammelt war. Sonst keine Veränderungen iu der Nase. Einmalige Ausspülung mit lauwarmem Wasser führte zur Heilung. Verf. hält die Krankheit nicht für eine specifische, sondern glaubt, dass es sich um einen einfachen Schnupfen handelt, dessen schleimig-eitriges Secret liegen geblieben ist und sich zersetzt hat.

F. KLEMPERER.

27) **Scheppegrell. Die Behandlung der hypertrophischen Rhinitis mittelst bipolarer Elektrolyse. (Le traitement de la rhinite hypertrophique par la methode bipolaire d'electrolyse.)** *Rev. internat. de rhinol., d'otol. et de laryngol. No. 18. 25. September 1895.*

Verf. bespricht die Technik der bipolaren Methode und erörtert die Gründe, aus denen die unipolare Methode aufgegeben wurde. Beide Methoden erhalten die Nasenschleimhaut und ihre Drüsen.

E. J. MOURE.

28) **H. Dadysett. Die Entfernung der unteren Muschel, zum ersten Mal in Indien ausgeführt. (Operation of turbinotomy, performed for the first time in India.)** *Journal of Laryngol. August 1895.*

Schwellung der Schleimhaut der unteren Muschel. Deshalb wurde die ganze untere Muschel mit Carmalt Jones' „spokeshave" entfernt!!

ADOLPH BRONNER.

29) **Adolph Bronner. Untere Muscheln entfernt wegen Nasenverstopfung. (Lower turbinated bones removed for nasal obstruction.)** *British Med. Journal. 2. November 1895.*

Einige Muscheln, die mit Carmalt Jones' Curette (spokeshave) abgetragen waren, wurden in der Leed's Medical Society gezeigt.

ADOLPH BRONNER.

30) **A. B. Thrasher. Nekrose der mittleren Nasenmuschel. (Necrosis of the middle turbinate.)** *N. Y. Med. Journal. 7. December 1895.*

Abdruck eines auf dem 17. Congress der Americ. Laryngolog. Association gehaltenen Vortrags; Referat folgt im Verhandlungsberichte.

LEFFERTS.

31) **Siebenmann** (Basel). **Der trockene Catarrh und die Epithelmetaplasie der knorpeligen Nase (Rhinitis sicca anterior).** *Münchner medicin. Wochenschrift. No. 44. 1895.*

Die Rhinitis sicca der Vestibularschleimhaut ist eine relativ häufige, sogar 10 pCt. aller Nasenerkrankungen betragende Affection. Anfangs erscheint die Schleimhaut röthlich braun, bei Sondenberührung oft klebrig, zuweilen trocken und wie bestäubt oder gefirnisst; es ist dies das Bild der Xanthose Zuckerkandl's.

Später nimmt die Schleimhaut eine grauliche Färbung an, es bilden sich Borken und Krusten, die der Kranke durch Bohren zu entfernen sucht, was aber zu habituellen Blutungen führt; immer mehr trübt sich und epidermisirt die Schleimhaut, bis sie endlich ein sehniges Aussehen annimmt. Durch das Kratzen werden Gewebstheile entfernt, es kommt zur Perforation oder blutenden Septumpolypen; auch die Phlegmone, das Erysipel, Lupus und Tuberculose, vielleicht auch Rhinitis fibrinosa gedeihen auf diesem Gebiete. Die Behandlung der Rhinitis sicca besteht in der Application erweichender, die Secretion leicht anregender Salben, in Zurückschneiden der Vibrissae und in Application von Kali hypermanganicum auf einem befeuchteten Wattebäuschchen auf die blutende Stelle. SCHECH.

32) **Strübing. Ueber Ozaena.** *Münchner medicin. Wochenschrift. No. 39, 40. 1895.*

Str. hält für die Ursache der Ozaena einen charakteristischen Pilz, den er in ca. 100 Fällen constant gefunden hat.

Wie Löwenberg fand auch Abel, dass das Secret einer chronisch entzündeten Nasenschleimhaut ohne Zuthun des Bacillus kein Ansiedlungsort für zersetzende Mikroben wird. Die Atrophie der Schleimhaut ist keine nothwendige Bedingung zur Entstehung der Ozaena, welche übrigens auch halbseitig auftreten kann.

Dass man so häufig Atrophie findet, hat nach Str. seinen Grund in der langen Dauer der Krankheit. Das zweite Symptom, der Fötor, ist auch keine constante Erscheinung, da zuweilen Fötor bei hypertrophischer Schleimhaut beobachtet wird; auch riecht das frische Ozaenasecret nicht, sondern nur das zu Borken eingetrocknete. Ganz constant ist aber die Borkenbildung; in den Borken fand Abel constant einen Bacillus, welchen er von dem Friedländer'schen Pneumoniebacillus durch gewisse Merkmale in Wachsthum und in seiner Virulenz Mäusen gegenüber differenziren konnte. Str. hält die Frühdiagnose durch den Bacillenfund als gesichert, ebenso gegenüber anderen mit Eiterung verlaufenden Nasenkrankheiten. Das Primäre bei der Ozaena ist der Bacillus, dann folgt die catarrh. Entzündung und später die Atrophie. In hochgradigen Fällen von Ozaena ist der Kehlkopf meistens nicht intact; regelmässig kommt der Ozaenococcus zwar nicht in demselben vor, doch finden sich zahlreiche andere Mikroorganismen. Die Borkenbildung kann so hochgradig werden, dass Athmungsbeschwerden entstehen, für gewöhnlich jedoch beschränken sich die Beschwerden auf Stimmstörung und Husten. Ob es sich bei Familienozaena mehr um Infection oder um Disposition handle, ist unbestimmt. Für die Behandlung ist Ozaena stets ein undankbares Object. Zur Reinigung der Nase empfiehlt sich der Kuttner'sche Wasserdampfapparat; zur Application von Medicamenten der Tampon; benutzt wurde Creolin, Sozojodol, Aristol etc., doch finden sich auch nach Beseitigung der Borkenbildung noch Ozaenabacillen. Manche Fälle sind sehr hartnäckig trotz Anwendung von Creolinvasogen; sie reagiren manchmal noch auf Einspritzung von 40—60 proc. wässeriger Lösung von Ammon. sulfoichthyolicum. Neuerdings empfiehlt Str. 1 proc. Lösung von Metacreosolanytol. SCHECH.

33) **Schestakow** (Genf). **Beitrag zur Kenntniss der Stinknase. (Contribution à l'étude de l'ozène.)** Dissertation. Genf bei P. Dubois. 1894.

Grosse, zum Theil vollständige Abhandlung von 162 Seiten. 28 Fälle sind constitutionell genau untersucht; dazu kommen noch 71 Fälle aus der Poliklinik von Dr. Wyss. Sch. giebt mit Recht der Ozaena simplex eine besondere Stellung unter den Krankheiten. Hier werden nur diejenigen Ansichten des Verf. mitgetheilt, welche von den gewöhnlichen Anschauungen mehr oder weniger abweichen. Die Atrophie der Muscheln sei eine Folge der stillgestandenen Entwickelung ihres Knochengerüstes, und die Schleimhaut atrophire erst secundär. Dazu komme noch rareficirende Ostitis. Prädisponirende Ursachen sind Erblichkeit, Alter, specielle Formation der Nasenhöhlen. Scrophulosis und Syphilis haben nichts damit zu thun. Einige Kinderkrankheiten, besonders die Masern, seien ätiologisch wichtig. — Unter den Nebenerscheinungen nennt W. frühe Caries der Zähne, Erhaltung der Sensibilität bei gewöhnlich gänzlichem Verlust des Geruchvermögens; häufig Verminderung der Sensibilität des Gaumens und Rachens. Bei den mit Ozaena Behafteten sei stets tuberculöse Erkrankung zu fürchten. Die mechanische (Zaufal, Gottstein), die chemische (Krause), die bacterielle Theorie seien unbegründete Hypothesen. Die constitutionelle Anlage sei die wesentliche Ursache der Ozaena (Trousseau) und deshalb seien auch die allgemeinen hygienischen, roborirenden, balneologischen, klimatischen Behandlungen die wesentlichen Heilungs- oder Besserungsmittel der Ozaena, während alle localen Methoden, auch die Massage der Schleimhaut, nur einen palliativen Werth hätten. Dies scheint dem Ref. vom Verf. nicht richtig gewürdigt zu werden noch vielleicht genügend erprobt worden zu sein, indem immerhin bei nicht allzu vorgeschrittener Atrophie consequent durchgeführte Massage nach Braun und Laker oft sowohl die Atrophie beseitigt als auch die Borkenbildung aufhebt, so dass Nasendouchen überflüssig werden.

JONQUIÈRE.

34) **Siegmund Moritz. Ozaena; ihre Pathologie und Behandlung. (Ozaena; its pathology and treatment.)** *Med. Chronicle. Juli 1895.*

Eine sehr sorgfältige Zusammenstellung.

ADOLPH BRONNER.

35) **Redact. Notiz. Ozaena. (Ozaena.)** *N. Y. Med. Record. 7. December 1895.*

Glycerin. puri 70,0
Borax 20,0
Aqu. destill. 30,0

M. D. S. 2 oder 3mal täglich als Nasenspray zu gebrauchen.

LEFFERTS.

36) **Cheval. Behandlung der Ozaena mittelst interstitieller Elektrolyse. (Traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle.)** *Revue de laryngol. No. 15. 1. August 1895.*

Verf. hat die Methode Gautier's bei 90 Ozaenakranken erprobt und in 91 pCt. der Fälle Erfolg damit erzielt. Bei 70 Kranken genügte eine einzige Sitzung. Verf. sticht eine Nadel in die untere und die mittlere Muschel jeder

Seite ein; die eine Nadel ist aus Kupfer und bildet den positiven Pol, die andere ist von Stahl. Die Heilung setzt Verf. der mikrobiciden Kraft der Elektrolyse auf Rechnung.

E. J. MOURE.

37) **W. C. Phillips. Behandlung der chronischen atrophischen Rhinitis. (Treatment of chronic atrophic rhinitis.)** *Post-Graduate (N. Y.). September 1895.*

Klinische Vorlesung; nichts von besonderem Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

38) **Redact. Notiz. Atrophische Rhinitis. (Atrophic rhinitis.)** *N. Y. Medical Record. 16. December 1895.*

Die Anwendung verdünnter Wasserstoffsuperoxydlösung bei der Ozaena dient einem doppelten Zweck, einmal der Vernichtung des üblen Geruches und dann der Lösung der Krusten. Zur Entfernung der letzteren leistet die wattebekleidete Sonde die besten Dienste.

LEFFERTS.

39) **Goris** (Brüssel). **Atrophische Rhinitis und Ozaena. (Rhinite atrophique et ozène.)** *La Presse méd. Belge. No. 35. 1895.*

Auf dem in Ostende abgehaltenen Congress für Thalassotherapie wirft G. die Frage auf, ob wohl das Seeklima die Ozaena ebenso gut beeinflusse, als seine Behandlung derselben mit Einspritzen von 4 proc. Salzwasser.

BAYER.

40) **Brunon. Der syphilitische Schanker der Nasenhöhle. (Le chancre syphilitique des fosses nasales.)** *Thèse de Lyon. 1895.*

Verf. studirt in seiner sehr sorgfältigen Arbeit den Schanker der Nasenschleimhaut, der der seltenste aller extragenitalen Primäraffecte ist. Aus der Literatur stellt er etwa 30 Fälle zusammen. Zumeist am Eingang der Nasenhöhle gelegen, entgeht der syphilitische Schanker oft der Beobachtung, zumal die Induration bisweilen fehlt oder doch kaum wahrnehmbar ist. Der Verf. bespricht die Hauptsymptome, die Differentialdiagnose und zuletzt die tertiären Erscheinungen.

A. CARTAZ.

41) **Norval H. Pierce. Syphilis der Nase; mit Krankengeschichten. (Syphilis of the nose; with reports of cases.)** *N. Y. Med. Journal. 30. Novemb. 1895.*

Ein ausführlicher Artikel, der von der grossen Belesenheit des Verf.'s Kenntniss giebt; die 4 Krankengeschichten, die er mittheilt, enthalten nichts Ungewöhnliches.

LEFFERTS.

42) **E. Stangenberg** (Stockholm). **Ueber syphilitische Affectionen der Nase. (Om syfilitiska affektioner i näsan.)** *Hygiea. 1895. S. 465.*

Verf. theilt 12 Fälle von tertiären, ulcerativen syphilitischen Affectionen der Nase mit und giebt eine Uebersicht über das klinische Bild dieses Leidens.

SCHMIEGELOW.

43) **Rueda. Primäres intra-nasales Syphilom von abnormer Form. (Syphilome primitif intra-nasal de forme anormale.)** *Revue de laryngologie. No. 4. 15. Februar 1895.*

Papulöser, ulcerirter, harter Schanker mit einseitiger Drüsenschwellung bei einer 24 jährigen Frau.

E. J. MOURE.

44) **Pluder** (Hamburg). **Tuberkulose der Nase und des Rachens.** *Münch. med. Wochenschr. No. 45. 1895.*

Demonstration eines 34jährigen Mannes im ärztlichen Verein zu Hamburg, mit tuberculöser Infiltration am Septum und im unteren Nasengang; es bestand gleichzeitig Lungen- und Kehlkopftuberculose. Der Kranke mit Rachentuberculose ist ein 14jähriger Knabe, bei dem Lungentuberculose nicht nachweisbar ist.

SCHECH.

45) **M. A. Veeder. Nasenbluten durch die Augen. (Epistaxis through the eyes.)** *Philad. Med. News. 30. November 1895.*

In dem von V. beobachteten Fall trat nach Tamponade der unteren Nase das Blut aus beiden Thränenpunkten hervor; es rann eine halbe Stunde lang ununterbrochen, bisweilen geradezu profuse über die Backen herunter. LEFFERTS.

46) **Redact. Mittheilung. Nasenbluten durch die Augen. (Epistaxis through the eyes.)** *Phil. Med. News. 21. December 1895.*

Im Anschluss an den in den News vom 30. November mitgetheilten Fall hat der Herausgeber eine Umfrage nach ähnlichen Beobachtungen gehalten; 5 Correspondenten haben Fälle von Nasenbluten durch die Augen beobachtet, deren Krankengeschichten im vorliegenden Artikel kurz wiedergegeben sind.

LEFFERTS.

47) **Wt. Wróblewski. Ueber Nasenblutungen. (Krwotoki nosowe.)** *Gazeta lek. No. 48, 49, 50, 51, 52. 1895.*

Verf. bespricht auf Grund einer zahlreichen Casuistik, von welcher er 20 Fälle näher aufführt, genau die verschiedenen Formen von Nasenblutungen, wobei er hauptsächlich diejenigen Fälle berücksichtigt, bei denen das Nasenbluten im Zusammenhange mit Erkrankungen der inneren Organe steht. Am Schlusse der Arbeit wird ausführlich die Therapie besprochen und einige praktische Winke zur localen Behandlung gegeben. A. v. SOKOLOWSKI.

48) **H. L. Armstrong. Eine neue Spritze zur Behandlung von Nasenbluten etc. (A new syringe for treating epistaxis etc.)** *N. Y. Med. Journal. 16. November 1895.*

Die Spritze, von der eine Abbildung gegeben ist, verhindert das Herauslaufen von Secreten oder der Spritzflüssigkeit aus dem anderen Nasenloch.

LEFFERTS.

49) **H. F. Gillette. Die Behandlung des Nasenblutens. (The treatment of epistaxis.)** *N. Y. Med. Journal. 30. November 1895.*

Verf. empfiehlt die Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd, das mittelst geeigneter Spritze zu injiciren ist.

„Seit mehreren Jahren,“ schreibt G., „gebe ich 1 Theelöffel voll oder mehr von diesem Mittel in unverdünntem Zustande bei jedem Falle von Nasenbluten mit unmittelbarem Erfolg. Auch bei Operationen in der Nasenhöhle injicire ich, wenn die Blutung das Gesichtsfeld verdunkelt, dieses Mittel, lasse den Patienten durch die Nase blasen und das Feld ist frei.“ LEFFERTS.

50) **Béco. Ein paar Bemerkungen über die Tamponade bei hartnäckigem Nasenbluten. (Quelques mots sur le tamponnement dans les epistaxis rebelles.)** *Revue internat. de rhinolog. etc. No. 23. 10. December 1895.*

Verf. empfiehlt die Einführung eines konischen Tampons aus Jodoformgaze mit Wattefüllung; derselbe wird durch die Choanen eingeführt und an einem aus dem Nasenloch heraushängenden Faden gehalten. E. J. MOURE.

51) **Cozzolino. Nasenbluten. (Nose-bleed.)** *N. Y. Med. Record. 28. December 1895.*

Mittelst einer watteumwickelten Sonde wird eine 3proc. Lösung von Trichloressigsäure applicirt, zur Verhütung von Schmerz kann Cocain (20 pCt.) zugesetzt werden. LEFFERTS.

52) **Bleyer. Elektrische Vibrationsmassage der Nasenmuscheln. (Massage electrovibratoire des cornets.)** *Rev. internat. de rhinol., d'otol. etc. No. 21. 10. November 1895.*

Die Methode hat dem Verf. bei Behandlung der Muschelhypertrophie gute Resultate gegeben. Die Arbeit ist fast ganz allgemeinen Betrachtungen über die Inductionsströme gewidmet. E. J. MOURE.

53) **P. M. Hickey. Einige Bemerkungen über die therapeutischen Mittel der Nasenwege. (A few notes on the therapeutics of the nasal passages.)** *Physician and Surgeon. September 1895.*

Unter den chirurgischen Maassnahmen verdrängt der Galvanokauter die Aetzung mittelst Säuren. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

54) **W. Freudenthal. Der Nasenrachencatarrh und eine seiner Ursachen. (Naso-pharyngeal catarrh and one of its causes.)** *N. Y. Med. Record. 28. December 1895.*

Der Nasopharynx hat die Function, die Athmungsluft mit Feuchtigkeit zu imprägniren; die Bedeutung dieses Feuchtungsprocesses haben die Aschenbrandt'schen Untersuchungen erwiesen. F. hat nun diese Experimente mit dem Aschenbrandt'schen Apparat wiederholt, und zwar nicht nur bei gesunden Personen, sondern auch in pathologischen Fällen. Er fand bei Patienten, die in der Nase galvanocaustisch geätzt waren, bei Heufieberkranken oder bei Kindern mit adenoiden Vegetationen eine Verringerung der Feuchtigkeitsmenge in der Einathmungsluft. Der Feuchtigkeitsgehalt wurde bei den letztgenannten Patienten nach Entfernung der Adenoiden wieder normal. Von zahlreichen Umständen, die den hinteren Rachenraum an der Erfüllung seiner Function hindern, ist einer der wichtigsten die fehlerhafte Art, in der wir unsere Häuser im Winter heizen. Die Luft ist allgemein zu trocken. Durch zahlreiche Messungen, die Verf. in den letzten beiden Wintern vorgenommen hat, constatirte er, dass der relative Feuchtigkeitsgehalt der Luft überall, selbst in einem gutgeleiteten Krankenhause, zu gering war. Dadurch werden die Schleimhäute trocken und erkranken. Ein Hygrometer an der Wand unserer Zimmer thut mehr noth, als ein Thermometer.

LEFFERTS.

55) **Jonathan Wright. Eine Cyste des Nasenrachenraums und eine Cyste des Mundrachenraums. (A cyst of the nasopharynx and a cyst of the oropharynx.)** *N. Y. Med. Journal. 7. December 1895.*

Abdruck eines auf dem 17. Congress der Americ. Laryngolog. Association gehaltenen Vortrages, über den im Verhandlungsberichte referirt wird.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

56) **P. Isergin. Die Innervation der Zungengefässe.** Aus dem physiol. Laborat. der Universität Kasan. — *Arch. f. Anat. u. Physiol. von His-du Bois Reymond. 1894.*

Das sympathische Nervensystem entsendet seine Fasern zur Zunge durch das Ganglion cervicale supr., wobei der grössere Theil der vasoconstrictorischen Fasern in den N. hypogl. abzweigt, während der Rest der Constrictoren und sämmtliche Dilatatoren, unter Beiseitelassung des Glossopharyngeus und Lingualis, höchst wahrscheinlich in den Plex. lingual. übergehen und durch dessen Vermittelung die Gefässe innerviren.

Bei Reizung des centralen Endes des N. ischiadic. mittelst electrischer Ströme erfolgt beim Hunde ein Reflex auf die vasomotorischen Centren der Zunge, von welchen aus entsprechende Impulse in den gefässverengernden und -erweiternden Nerven fortgeleitet werden; da die Dilatatoren sowohl qualitativ als quantitativ überwiegen, so tritt hierbei zunächst Gefässerweiterung und Röthung der Schleimhaut ein, und erst nach Ermüdung der Dilatatoren die zweite Phase — die Gefässverengerung.

A. ROSENBERG.

57) **Beausoleil. Die acute Entzündung der Zungentonsille. (De l'inflammation aigue de l'amygdale linguale.)** *Revue de laryngologie. No. 23. 1. December 1895.*

Der Anfang des Leidens ist ein plötzlicher und durch Fieber gekennzeichneter. Der Schmerz beim Schlucken, der in die Kehlkopfgegend localisirt wird und bisweilen bis zur Incisura sterni herabreicht, ist neben einer übermässigen Speichelsecretion das einzige Localsymptom der Erkrankung. Diese trifft fast ausschliesslich früher hypertrophische Zungentonsillen; zur Differenzirung von anderen Entzündungen der Nachbarschaft ist die Anwendung des Kehlkopfspiegels erforderlich.

E. J. MOURE.

58) **J. E. Tompkins. Hypertrophie der Zungentonsille. (Hypertrophy of lingual tonsil.)** *Virginia Med. Monthly. December 1895.*

Verf. berichtet über 15 Fälle; nichts besonders Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

59) **Dunbar Roy. Lymphoide Hypertrophie an der Zungenbasis als Ursache von Halsaffectionen, besonders bei Sängern. (Lymphoid hypertrophy at the base**

of the tongue as a cause of throat-affections especially in singers.) *Philad. Med. News. 26. October 1895.*

Verf. macht auf die Bedeutung der Hypertrophie der Zungentonsille aufmerksam; dieselbe ist weit häufiger, als man bisher annahm, sie ist manchmal symptomenlos, in anderen Fällen erzeugt sie schwere Reflexstörungen; besonders ist dies bei Sängern der Fall. Von den Symptomen, die sie machen kann, seien erwähnt:

1) Ein Gefühl von Fremdkörper im Halse, das durch Schlucken nicht verschwindet.
2) Ein Gefühl von Zusammenschnürung im Halse und am oberen Theile des Schildknorpels.
3) Gelegentlicher Reflexhusten.
4) Beständiger Reiz, den Hals durch Kratzen, Hüsteln etc. frei zu machen.
5) Schnelles Ermüden des Larynx beim Sprechen und Singen.
6) Leichtes Heiserwerden und zahlreiche andere Beschwerden.

LEFFERTS.

60) **P. Auguy. Die Zungentuberkulose. (De la tuberculose linguale.)** *Thèse de Paris. 1895.*

A. beschreibt die verschiedenen Formen von Zungentuberculose: die Ulceration, die anfangs oberflächlich, später mehr oder weniger tief und ausgedehnt ist: das Gumma, das in der Dicke des Zungengewebes sitzt und zuletzt durch eitrige Vorgänge an die Oberfläche tritt, und drittens als ziemlich seltenes Vorkommniss den Lupus.

Der häufigste Infectionsmodus wäre nach Verf., selbst für die ulcerative Form, das Eindringen des Bacillus durch die Blutbahn.

Der Verf. stellt die bisher publicirten Eälle von Zungentuberculose zusammen und fügt einige neue hinzu.

A. CARTAZ.

61) **Rolland. Intralinguale Tuberkulose. (De la tuberculose intralinguale.)** *Thèse de Lyon. 1895.*

Verf. stellt 14 Fälle von intralingualen tuberculösen Tumoren zusammen. Diese Form der Tuberculose, die seltener ist als die Ulceration, zeigt sich gemeinhin nur in den ersten beiden Perioden der Phthise; sie scheint nicht durch directe Infection, sondern auf dem Wege der Infection durch die Blut- oder Lymphbahnen zu Stande zu kommen.

R. zählt die verschiedenen Symptome dieses Leidens auf und bespricht die oft recht schwierige Diagnose; in therapeutischer Hinsicht empfiehlt er einen möglichst ausgiebigen chirurgischen Eingriff.

A. CARTAZ.

62) **Herzfeld. Demonstration eines Tumors am Zungengrund.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1895. No. 6.*

64jähr. Mann, bei welchem sich bereits seit mehr als 16 Jahren Symptome eines Tumors im Halse zeigten.

1887 wurde eine kirschgrosse Geschwulst am Zungengrunde gefunden. Jetzt ist der Tumor hühnereigross und nimmt die ganze Breite des Zungengrundes ein.

Der Tumor ist hart, roth und leicht beweglich. Die Diagnose schwankt zwischen Myom, Fibrom und Dermoid.

LANDGRAF.

63) **Dumstrey. Eine Dermoidcyste der Zunge.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1895. No. 35.*

Ein 24jähr. Mann hatte seit etwa 3 Jahren Beschwerden beim Sprechen und Schlucken, zu denen sich später Anfälle von Athemnoth gesellten. Es fand sich eine grosse Geschwulst mitten unter der Zunge. Dieselbe liess sich unter Cocainanästhesie ausschälen, war nierenförmig, 7 cm lang, 3,5 cm breit, 4,75 cm hoch und wog 68,6 g. Sie erwies sich als Dermoidcyste. Völlige Heilung.

LANDGRAF.

64) **Mc Weeney** (Dublin). **Fibromyxom der Zunge. (Fibro-myxoma of the tongue.)** *Dublin Journal of Med. Scienc. November 1895.*

Demonstration des Präparates.

P. MC BRIDE.

65). **Morisani. Ueber ein Adenocarcinom der Zunge. (Su di adenocarcinoma della lingua.)** *Giorn. int. delle Sc. Med. 1895. No. 12—13.*

Beschreibung eines operirten Falles. Die Ausführungen haben nur chirurgisches Interesse.

TOTI.

66) **O. Katz. Fall von Zungencarcinom.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1895. No. 46.*

Ein Zungencarcinom war auf syphilitischer Basis (Psoriasis ling.) entstanden, vor $4^1/_2$ Jahren operirt, jetzt recidivirt und wieder durch Operation geheilt.

LANDGRAF.

67) **W. Spencer. Submaxilläre Excision der einen Zungenhälfte. (Submaxillary excision of half the tongue.)** *Lancet. 14. September 1895.*

Wenn man vom Munde aus operirt, ist es unmöglieh, alle kleinen erkrankten Lymphdrüsen zu finden. Die Schnitte werden gemacht: 1) Verticalschnitt von der Kinnspitze bis an das Zungenbein. 2) Horizontalschnitt längs des Zungenbeins bis an das grosse Horn. 3) Querschnitt aufwärts und rückwärts bis an den Kieferwinkel. Der Hautlappen wird auf das Gesicht zurückgelegt.

ADOLPH BRONNER.

68) **A. Dowding. Zungenherabdrücker mit Schutzvorrichtung. (Tongue depressor and guard.)** *Brit. Med. Journal. 9. November 1895.*

Ein langer Drahtdepressor für die Zunge mit einem verticalen Schild aus Glimmer, der sich in verschiedener Richtung verstellen lässt. Zu beziehen bei Arnold u. Sons, London.

ADOLPH BRONNER.

69) **E. Winckler** (Bremen). **Eine Curette zu Operationen an der Zungentonsille.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. III. H. 1 u. 2.*

Eine den Verhältnissen am Zungengrund entsprechend modificirte Gottstein'sche Curette, die W. zur Abtragung hypertrophischer Zungenmandeln empfiehlt.

F. KLEMPERER.

70) **J. Terry. Halsentzündung bei Influenza; die Zunge als Hülfsmittel bei der Diagnose. (Sore throats in influenza; the tongue as an aid to diagnosis.)** *Lancet. 12. October 1895.*

Beim Beginn der Krankheit findet man viele dunkelrothe kleine Erhebungen auf der Zunge, besonders an ihrer vorderen Hälfte. Oft findet man im Munde und Pharynx auch kleine Membranen. ADOLPH BRONNER.

71) **Waldvogel. Bakteriologische und pathologisch-anatomische Untersuchungen von infectiösen Pharyngo-Laryngitiden.** Dissert. Göttingen. 1894.

Bei 4 Processen in Pharynx und Larynx fand W. Streptokokken, bei einem phlegmonösen, zwei membranösen und einem nekrotischen. Dass diese die Erreger der Processe waren, liess sich bei dem nekrotischen durch das mikroskopisch-anatomische Bild, bei dem phlegmonösen und dem pseudomembranösen bei Pyämie durch anatomische Untersuchung und Züchtung beweisen. SEIFERT.

d. Diphtheritis und Croup.

72) **J. Fibiger. Bakteriologische Studien über Diphtheritis. (Bakteriologiske Studier over Diphtherie.)** 165 Seiten. Det Schubotheske Forlag. Kjobenhavn. 1895.

Die Arbeit fängt mit einer geschichtlichen Einleitung an. Es folgen Bemerkungen über die Morphologie und die Wachsthumsverhältnisse des Diphtheriebacillus. Die Roux- und Jersin'sche Methode die Diphtheritis bakteriologisch zu diagnosticiren, wird ausführlich besprochen.

Der Verf. hat 220 Fälle von diphtherischer, scarlatinöser und einfacher Angina mittelst der Roux- und Jersin'schen Methode untersucht.

Ohne in Einzelheiten einzugehen, soll nur hervorgehoben werden, dass die bakteriologische Methode ein unentbehrliches Mittel ist, um die nicht diphtheritischen von den diphtheritischen Affectionen zu unterscheiden. Die bacteriologischen Untersuchungen zeigten deutlich, dass eine Angina, die klinisch als nicht diphtheritisch sondern als folliculär anzusehen ist, in Wirklichkeit diphtheritisch sein kann. Nachdem die bakteriologischen Methoden näher beschrieben sind, geht Verf. zur Schilderung des Pseudodiphtheribacillus über. Er hat gefunden, dass avirulente und diphtheriebacillenähnliche Bacillen aus dem Halse gesunder Menschen rein cultivirt werden können. SCHMIEGELOW.

73) **Nauwelaers. Beitrag zum bakteriologischen Studium der Anginen mit falschen Membranen, diphtheritischen und pseudodiphtheritischen. (Contribution à l'étude bactériologique des angines à fausses membranes diphtériques et pseudodiphtériques.)** *Extrait des Annales Soc. Roy. des sciences méd. et natur. de Bruxelles. T. IV. 1895.*

Das 1. Capitel handelt von den Bakterien a) den nichtpathogenen Microben: Streptokokken des Speichels, Streptococcus tenuis und diversen anderen Microben; b) den pathogenen Microben, wie Staphylococcus pyogenes, Strepto-

coccen, Pneumococcen, dem Klebs-Löffler'schen Bacillus und dem Bacill. commun. intestin.

Das 2. Capitel beschäftigt sich mit der bakteriologischen Diagnose: a) den Untersuchungsmethoden (mikroskopische Untersuchungen und Culturmethoden) b) mit der Classification der Anginen mit falschen Membranen je nach dem bakteriologischen Befund, demgemäss unterscheidet er zwischen primitiven pseudomembranösen Anginen, (diphtheritischen Staphylokokken-Pneumokokken-Kokken-Streptokokken Anginen und Amygdalitis coli. bacillaris) und secundären pseudomembranösen Anginen, wie Syphilis, Masern und Scharlach-Anginen.

Im 3. Capitel bringt er Beobachtungen von 21 Fällen, wovon 14 einfach pseudomembranöse Anginen betreffen, 4 solche complicirt mit Croup und 3 ohne Anginen und ohne Membranen. Nur in 4 Fällen unter den 21 fand sich der Löffler'sche Bacillus auf der Abtheilung von Dr. Tordeus im St. Petrushospital und zwar in dem Zeitraum von 7 Monaten, April bis December.

Darauf bringt der Autor noch Einiges betreffend die Behandlung. Nur zweimal kam das antidiphtheritische Serum zur Verwendung; beide Fälle betrafen Croup, der eine diphtheritischer Natur heilte ohne Tracheotomie, der andere nicht diphtheritische heilte mit Tracheotomie. Zum Schlusse urgirt der Autor noch in einem Nachtrag, dass die Virulenz des Diphtheritisbacillus sehr variire je nach dem Culturmedium. Fleissige Arbeit.

BAYER.

74) **Carstens. Die Incubationsfrage bei Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 35.*

C. machte eine Beobachtung, die für eine sehr kurze — 24 stündige — Incubationsdauer bei Diphtherie spricht.

LANDGRAF.

75) **P. Heiberg** (Dänemark). **Der Einfluss der Wärme auf die Neigung der Diphtherie zum Herabsteigen in den Larynx. (Varmens Indflydelse paa Difteriens-Tilböielighed tilat söge ned i Larynx.)** *Bibliothek f. Läger. 1895. S. 385.*

Die Arbeit ist eine epidemiologische Studie, über die Diphtheritis-Statistik der 10 Jahre 1876—1885 in Kopenhagen. Es scheint eine Regel zu sein, dass in Kopenhagen wenigstens, die Neigung der Diphtheritis zur Descendenz in den Kehlkopf mit der Kälte steigt und geringer wird, wenn die Wärme zunimmt.

SCHMIEGELOW.

76) **Gabritschewsky. Die Leukocyten bei der Diphtherie. (Leukocytes in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 14. September 1895.*

1. Die Leukocytose bei der Diphtherie ist von der bei anderen Infectionskrankheiten verschieden. 2. Die Hyperleukocytose ist bei der Diphtherie ein entschieden ungünstiges Zeichen; dementsprechend lassen sich werthvolle Aufschlüsse über den Verlauf eines Falles und über die Wirksamkeit einer besonderen Behundlungsweise oft aus der Blutuntersuchung gewinnen. 3. Die Diphtheriebacillen die ihren Weg in den Köper finden, werden durch die Phagocytose zerstört. 4. Die Mehrzahl der Diphtheriebacillen aber, welche die Krankheit hervorrufen, liegt in der Pseudomembran abgeschlossen, nur ein sehr kleiner Bruchtheil fällt der Leu-

kocytose anheim. 5. Das Diphtheriegift, das zur Zellnekrose führt, hat die Neigung die phagocytäre Fähigkeit der Leukocyten herabzusetzen. 6. Das antidiphtheritische Serum macht alle Körperzellen gegen das Diphtheriegift widerstandskräftiger.

LEFFERTS.

77) **E. Shuttleworth. Laboratoriums-Beobachtungen über die Bakteriologie der Diphtheritis. (Laboratory notes on the bacteriology of diphtheria.)** *Lancet. 14. September 1895.*

Interessante Notizen über die bakteriologische Untersuchung von 248 Fällen von Diphtheritis im Laboratorium zu Toronto. ADOLPH BRONNER.

78) **Filatow** (Moskau). **Zur Epidemiologie der Diphtherie im Süden Russlands.** *Jahrb. f. Kinderheilk. 39. Bd. 1895.*

Im Süden Russlands ist die Diphtherie wahrscheinlich bald nach dem Krimkriege aufgetreten und hat sich langsam aber mit grosser Heftigkeit ausgebreitet, so dass vom Jahre 1875-1880 in Sa. 72986 Todesfälle an Diphtherie zu verzeichnen sind. An der Schwere der Erkrankung und an der Ausbreitung der Krankheit sind in jenen Gegenden die Aermlichkeit und Unreinlichkeit der Bevölkerung, sowie gewisse Gebräuche schuld, z. B. die Sitte, auf die Todtenbahre und die Leiche selbst verschiedenes Naschwerk zu legen, dass dann unter Erwachsene und Kranke vertheilt wird, ferner die Sitte verschiedene Andenken, sowie die Kleider des Verstorbenen zu verschenken.

SEIFERT.

79) **Hirsch** (Berlin). **Die Sterblichkeit bei 2658 in der königl. chirurg. Universitäts-Klinik zu Berlin behandelten Fällen von Diphtherie.** *Archiv für klin. Chirurgie. 49. 1895.*

Das Material bezieht sich auf die letzten 10 Jahre.

Gestorben sind 1396 oder 52,5 pCt. Die Durchschnittsmortalität hat allmälig abgenommen, von 54,0 pCt. auf 49,6 pCt. Im ersten Lebensjahre betrug die Mortalität 88,3, bei Erwachsenen 11,1 pCt. Die Tracheotomie wurde 1654 mal gemacht mit 1135 Todesfällen also Mortalität von 68,7 pCt.

Je später die Kranken in Behandlung kamen, desto schlechter war die Prognose.

SEIFERT.

80) **C. Fitz-Gerald. Die Gegenwart von Diphtheritis-Bacillen auf gesunder Schleimhaut. (Presence of the diphtheria-bacillus on healthy surfaces.)** *Lancet. 19. October 1895.*

Vier Monate nach der Genesung von Diphtheritis wurde bei einem Jungen der Bacillus auf der Schleimhaut des Halses gefunden.

ADOLPH BRONNER.

81) **E. Klein. Discussion über die Diagnose von zweifelhaften Fällen von Diphtheritis. (Discussion on the diagnosis of doubtful cases of diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 31. August 1895.*

Ein in der Section für Hygiene der Brit. Med. Association in London 1895 gehaltener Vortrag. Man muss sich auf die mikroskopische Untersuchung und auf Cultur-Versuche verlassen. Die verschiedenen Arten von Mikroorganismen, die

man bei Tonsillitis findet, werden von K. erwähnt und beschrieben. Die Virulenz der Cultur stehe in keinem Zusammenhang mit der Virulenz des Falles. An der Discussion betheiligten sich H. Biggs, der seine Erfahrungen im New York Health Department mittheilt, ferner E. Goodall und Underbill.

ADOLPH BRONNER.

82) **Landouzy** (Paris). **Klinisches und bakteriologisches Verhalten der Anginen. (Clinique microbiologique des angines.)** *Presse méd. 3. August 1895.*

An der Hand vieler klinischer Fälle von Angina pseudomembranacea, bei denen die bakteriologische Untersuchung die diagnosticirte Diphtherie nicht bestätigte oder im Gegentheil das Vorhandensein des Loeffler'schen Bacillus bewies, nachdem Diphtherie aus klinischen und objectiven Gründen verneint worden war, betont L. die Unentbehrlichkeit der bakteriologischen Untersuchung in jedem Falle von pseudomembranöser Angina.

LUC.

83) **Fossaty. Formes frustes der diphtheritischen Angina. (Des formes frustes de l'angine diphthérique.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Studie über die diphtheritischen Anginen ohne Pseudomembran. Zwei eigene Fälle; nichts Neues.

A. CARTAZ.

84) **Bernhard** (Berlin). **Zur Prognose und Diagnose der Diphtherie.** *Archiv f. Kinderheilk. XIX. 1. 2. 1895.*

Die Prognose richtet sich nach dem Verhältniss zwischen bestehender Disposition und Virulenz der Bacillen. Dies Verhältniss wird offenbar durch das Secret der Nieren, deren geringere oder stärkere Verletzbarkeit einen Schluss gestattet auch auf die Widerstandsfähigkeit der anderen Organe. Daher ist die Untersuchung des Harnsedimentes das beste Mittel, um die Schwere des einzelnen Falles zu beurtheilen. Albuminurie ist ein unsicheres Moment und für die Prognose wenig gut zu verwerthen. Zeigt das Sediment schon im Anfang der Erkrankung die charakteristischen morphotischen Elemente (gequollene, getrübte Nierenepithelien, granulirte und hyaline Cylinder, spärliche Leukocyten), so ist die Voraussage ungünstig zu stellen. Sofern man die Serumtherapie zur Bekämpfung der Diphtherie anwendet, muss man bei früh auftretenden reichlichen morphotischen Bestandtheilen des Harns selbst bei gering entwickelten Belägen grosse Dosen des Heilmittels gebrauchen.

SEIFERT.

85) **Dieulafoy. Ueber Beziehungen zwischen der Angina herpetica und der Angina diphtheritica. (Des relations entre l'angine herpétique et l'angine diphthérique.)** *Academie de médecine. 11. Juni 1895.*

Aus D.'s Beobachtung geht hervor, dass eine diphtheritische Angina von herpetischen Erscheinungen begleitet sein kann, welche an eine einfache Angina herpetica denken lassen, die aber doch Lähmungserscheinungen im Gefolge haben können. Man wird diesen Irrthum vermeiden, wenn man ganz systematisch bei allen membranösen Anginen, auch den scheinbar gutartigsten, die bakteriologische Untersuchung vornimmt.

LUC.

86) **Bedford Brown. Nicht-infectiöse membranöse Laryngitis oder membranöser Croup. (Non-infectious membranous laryngitis or membranous croup.)** *Virginia Med. Monthly. Juni 1895.*

Verf. glaubt, dass es zwei Formen von membranöser oder exsudativer Laryngitis giebt, die in Aetiologie, Pathologie und Verlauf vollständig verschieden sind und auch eine vollständig verschiedene Behandlung erfordern. Die eine ist nicht infectiös, die andere infectiös, die eine einfach entzündlich, die andere septisch. Zur Verhütung der ersteren sind ableitende Quecksilbergaben von grosser Bedeutung; für die Allgemeinbehandlung kommen Quecksilber und Jod in erster Linie in Frage.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

87) **J. L. Morse. Varicellen, Keuchhusten, primäre Kehlkopfdiphtherie, Intubation; vollständige Heilung von den Hustenparoxysmen. Tod. (Varicella, pertussis, primary laryngeal diphtheria, intubation, complete relief of the paroxysmal cough; death.)** *Arch. Pediatrics (N. Y.). August 1895.*

Der Fall beweist wieder einmal, dass es sicher eine primäre Kehlkopfdiphtherie giebt. Kehlkopfstenosen sollen als diphtheritisch — i. e. als bedingt durch die Wirkung des Klebs-Loeffler'schen Bacillus — angesehen werden, solange nicht dargethan wird, dass dies nicht der Fall ist. Nach der Intubation hörten die Keuchhusten - Paroxysmen vollständig auf, eine Thatsache, die eine neue Therapie für schwere Keuchhustenfälle nahe legt. Taut (Budapest) hat diese Therapie bereits zweimal mit sehr gutem Resultate erprobt; er führte das Intubationsrohr täglich ein und liess es 3—5 Stunden liegen. Solange die Tube an ihrem Platz lag und ein paar Stunden noch nachher blieben die Hustenanfälle aus. Ausserdem nahmen dieselben überhaupt an Zahl und Stärke ab und die Heilung erfolgte ausnehmend rasch. Wahrscheinlich erklärt sich dieser Erfolg so, dass die Gegenwart der Tube die Hyperaesthesie des Kehlkopfs herabsetzt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

88) **A. E. Bulson. Croupöse Rhinitis. (Croupous rhinitis.)** *Columbus (Ohio) Med. Journal. 1. October 1895.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

89) **Samson** (Reval). **Ein Fall von Rhinitis pseudomembranacea.** Protokoll d. Aerzte-Vereins zu Reval. — *Petersburger med. Wochenschr. 1895. No. 13.*

Bei einem 2wöchentlichen Kinde kleideten die Pseudomembranen die Nase, den Nasenrachenraum und den gesammten Pharynx aus; Tod durch Ersticken. (Diphtheritis?)

LUNIN.

90) **Greiffenhagen** (Reval). **Drei Fälle von Rhinitis pseudomembranacea.** Protokoll d. Aerzte-Vereins zu Reval. — *Petersburger med. Wochenschrift. 1895. No. 13.*

Drei typische Fälle.

LUNIN.

91) **Hoffmann. Diphtheritis gefolgt von Symptomen der hereditären Ataxie, Epilepsie und Demenz. (Diphtheria followed by symptoms of hereditary ataxia, epilepsy and dementia.)** *Phil. Med. News. 4. Mai 1895.*

Der 4jährige Pat. hatte eine schwere Diphtheritis mit Gaumenlähmung und

Herzschwäche durchgemacht. Als er nach etwa 1 Monat aufstand, zeigten sich zuerst atactische Erscheinungen, denen sich dann die oben genannten schweren Nerven- und Gehirnstörungen anschlossen. Der Verf. macht die Diphtherie nicht direct für diese Erkrankung verantwortlich, glaubt aber doch, dass sie ihre Entwickelung gefördert hat. LEFFERTS.

92) **Pasteur. Die Vereinigung von Athemlähmung mit cardio-pulmonären Symptomen bei diphtheritischer Lähmung. (Association of respiratory paralysis with cardio-pulmonary symptoms in diphtheritic paralysis.)** *Philad. Medical News. 30. März 1895.*

Eine Analyse von 32 Fällen von Diphtherie; von ihnen endigten 19 letal, darunter 17 mit bulbären Erscheinungen. LEFFERTS.

93) **Arthur Hall. Fälle von diphtheritischer Lähmung. (Cases of diphtheric paralysis.)** *Clinical Journal. 15. Juni 1895.*

Es wird kurz der Fall eines Knaben von 7 Jahren mit Parese der Beine und Oberkörpermuskeln erwähnt; Arme normal. ADOLPH BRONNER.

94) **E. Goodall. Diphtheritische Lähmung. (On diphtheritic paralysis.)** *Brain. LXX u. LXXI.*

1071 Fälle von Diphtheritis wurden beobachtet mit 125 Fällen von Lähmung. 362 Fälle starben. 96 von den 125 Fällen waren unter 10 Jahren alt. In 102 Fällen bestand Paralyse des Gaumens, in 56 Lähmung des Ciliarmuskels, in 52 der Muskeln der Beine, in 26 der äusseren Augenmuskeln, in 21 der Arme, in 11 der Kehlkopfmuskeln. In 113 von den 125 Fällen bestand Albuminurie. In 17 Fällen starben die Patienten in Folge von Lähmung des Herzens oder der Respirationsorgane. Einige interessante Fälle werden näher beschrieben.

ADOLPH ARONNER.

95) **D. B. Kyle. Die Diphtheritis: ihre Aetiologie und Pathologie, Diagnose und Behandlung. (Diphtheria: etiology, pathology, diagnosis and treatment.)** *Therapeutic Gazette. 15. April 1895.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

96) **Foster Godfrey. Diphtheritis: die Tonsillotomie als Präventivmittel. (Diphtheria: Tonsillotomy as a preventive measure.)** *Therapeutic Gazette. 15. Juni 1895.*

Im Februar 1893 beobachtete Verf. eine Spitalepidemie von Diphtheritis mit 50 Erkrankungsfällen, wobei es auffiel, dass bei 49 der Kranken eine ein- oder doppelseitige Mandelanschwellung vorher notirt war. Seither werden alle Tonsillen, die auch nur geringe Hypertrophie zeigen, abgetragen; seit Juni 1893 sind über 100 Mandeln entfernt worden mit dem Resultat, dass ein Fall von Diphtherieinfection auf der Abtheilung seither nicht vorgekommen ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

97) **E. C. Levy. Heilmittel gegen Diphtherie. (Therapeutics of diphtheria.)** *Virginia Med. Monthly. Juli 1895.*

Nichts Besonderes. Das Heilserum betrachtet Verf. als einen Gewinn und

Zusatz zu den anderen Behandlungsmethoden, nicht aber als ein Surrogat für alle anderen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

98) **Blaschko** (Berlin). **Die Behandlung der Diphtheritis in der vorbakteriellen Zeit.** *Therap. Monatsh. 1895. Juli.*

B. hat bei seiner Behandlung — Eisbeutel um den Hals, Inhalationen von Eucalyptusthee (5 : 200), Gurgelungen mit Sol. Kal. chloric., Pinselungen mit Acid. carbol., ferr. sesquichl. ana 1,0 Aq. destill., Syr. Bals. Peruv. ana 25,0, innerlich kleine Dosen von Hydrarg. cyan. — nur 5 pCt. Mortalität gehabt.

A. ROSENBERG.

99) **Variot** (Paris). **Die Wirkung des Wasserdampfes bei der Behandlung des Croups. (Action de la vapeur d'eau dans le traitement du croup.)** *Journ. de clin. et de therap. infant. September 1895.*

Auf Grund von 12 klinischen Beobachtungen kommt Verf. zu dem Schluss, dass in der grössten Zahl der Croupfälle von mittlerer Intensität die Wirkung der Inhalationen von Wasserdampf mit Seruminjectionen gleichzeitig angewandt genügte, um die Dyspnoe zu beseitigen und die chirurgischen Eingriffe entbehrlich zu machen. LUC.

100) **Strahler** (Berlin). **Zu der Behandlung der Diphtherie mit Liq. ferri sesquichlor.** *Therap. Monatsh. 1895. September.*

Nichts Neues. A. ROSENBERG.

101) **J. M. Ray. Die Localbehandlung der Diphtheritis. (The local treatment of diphtheria.)** *Am. Practitioner and News. 20. April 1895.*

Schlüsse:

1. Da die Diphtherie primär eine Lokalerkrankung ist, muss unverzüglich eine lokale Behandlung eingeleitet werden und zwar ist dieselbe Tag und Nacht durchzuführen.

2. Die Behandlung muss darauf gerichtet sein, alle Secrete und Gewebsreste zu beseitigen, welche möglicherweise Löffler'sche Bacillen enthalten und ferner alle in der Pseudomembran enthaltenen Bacillen zu vernichten.

3. Die besten lokalen Mittel sind Sublimat und Eisenpräparate, womöglich in Verbindung mit Papoid und Wasserstoffsuperoxyd.

Ist der Larynx miterkrankt, so sind Dämpfe und Inhalationen anzuwenden, welche die Schleimsecretion vermehren, die Schwellung verringern, und die Lösung der Membranen erleichtern.

5. Vor und nach den nothwendigen chirurgischen Eingriffen sind Quecksilber-Sublimationen rathsam, welche durch ihre desinficirende Kraft weiteren Complicationen vorbeugen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

102) **Brownlow Martin. Fall von Diphtheritis geheilt durch Einblasungen von reinem Magnesiumsulphit. (Successful treatment of a case of diphtheria by insufflation of pure sulphite of magnesium.)** *Clinical Journal. 15. Juni 1895.*

Die Insufflationen wurden drei Tage lang gemacht. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

103) **Van Kleef. Discussion über die Tracheotomie. (Discussion sur la trachéotomie.)** *Annal. Soc. Med. Chir. Liège. 1. 1895.*

Discussion zwischen van Kleef, Simonis, Schiffers, v. Winiwarter, Beco bezüglich der Tracheotomie, besonders des geeigneten Momentes zur Entfernung der Canüle, sowie über die Wahl der Tracheotomie ober- oder unterhalb des Isthmus der Schilddrüse, im Anschluss an einen Bericht über eine Diphtheritisepidemie in Mastricht, von der Verf. einen statistischen Bericht liefert.

BAYER.

104) **A. B. Strong. Die operative Behandlung bei der Kehlkopfstenose in Folge des acuten membranösen Verschlusses, der gewöhnlich als diphtheritischer oder membranöser Croup bezeichnet wird Das Resultat persönlicher Erfahrungen an 100 Intubationen und 27 Tracheotomien. (Operative treatment in laryngeal stenosis due to acute membranous obstruction commonly called either diphtheritic or membranous croup. The result of personal experience in 100 intubations and 27 tracheotomies.)** *Chicago Med. Record. Sept. 1895.*

Im ersten Jahre — 1886 — kamen auf 26 Fälle von Intubation 25 Todesfälle, im letzten Jahre — 1895 — auf 6 Intubationen 3 Todesfälle.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

105) **P. Aaser** (Norwegen). **Intubation contra Tracheotomie. (Intubation contra Trakeotomi.)** Vortrag, gehalten in dem nordischen Kirurg-Verein. Referat. — *Hospitals-Tidende. 31. Juli 1895. S. 809.*

Verf. hat 156 Patienten mit diphther. Croup mittels Intubation behandelt. Davon sind 37,2 pCt, geheilt, 62,8 pCt. gestorben. Von den 156 Patienten wurden 36 gleichzeitig mit Serum behandelt, von diesen sind 72,2 pCt. geheilt. Vor der Serumbehandlung war das Resultat unter 120 Intubationen 26,6 pCt. Heilungen. Die Tracheotomie wurde 343 mal gemacht mit 73=21,2 pCt. Heilungen. Im Verhältniss zum Alter war das Resultat:

	Für Tracheotomie			Für Intubation		
	operirt	geheilt	pCt.	intub.	geheilt	pCt.
0— 1 Jahr	0	0	4	6	1	16,6
1— 2 „	21	1	4,7	29	6	20,6
2— 3 „	78	17	20,0	19	5	26,6
3— 4 „	86	19	22,0	35	17	48,5
4— 5 „	69	15	21,5	21	9	42,8
5- 10 „	71	19	26,9	41	21	51,2
über 10 „	14	2	14,0	5	2	40,0

Besonders in Verbindung mit der Serumtherapie ist die Intubation nach der Meinung des Verfassers der Tracheotomie weit überlegen.

SCHMIEGELOW.

106) **M. Cochinal. Schwefelniederschläge an den zur Tracheotomie oder Intubation gebrauchten Canülen und Röhren. (Sulphurous deposits on the cannulas and tubes used in tracheotomy and intubation.)** *N. Y. Med. Journal. 4. Mai 1895.*

C. weist chemisch nach, dass die schwarzen Niederschläge, die man auf

den Canülen und Tuben Diphtheriekranker mit Lungencomplicationen oft wahrnimmt, Schwefel enthalten. LEFFERTS.

107) **Renon** (Paris). **Die forcirte Dilatation der Glottis beim Croup als Ersatz der Intubation und der Tracheotomie für gewisse Fälle. (Dilatation forcée de la glotte dans le croup pour remplacer dans certains cas le tubage et la trachéotomie.)** *Congrès de Bordeaux. 12. August 1895.*

Von dem Grundsatze ausgehend, dass die Erstickung beim Croup hauptsächlich auf eine Contractur der Glottis zurückzuführen sei, schlägt Verf. vor, diese mittelst einem in die Rima glottidis eingeführten und dann geöffneten und einige Zeit in situ gehaltenen Zange zu bekämpfen. LUC.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

108) **A. Kirstein** (Berlin). **Autoskopie der Luftwege (Selbstschau, Besichtigung ohne Spiegel).** *Therap. Monatsh. 1895. Juli.*

Beschreibung der autoscopischen Methode. A. ROSENBERG.

109) **Alfr. Kirstein. Autoskopie des Larynx und der Trachea (Laryngoskopia directa, Euthyskopie, Besichtigung ohne Spiegel).** *Archiv f. Laryngologie und Rhinologie. Bd. III. Heft 1 u. 2. 1895.*

Der vorliegende Aufsatz ist durch K.'s bekannte späteren Arbeiten bereits überholt, es ist deshalb unnöthig auf den Inhalt näher einzugehen. Wer dem Entwicklungsgang der neuen Methode Interesse schenkt, sei auf das Original verwiesen. F. KLEMPERER.

110) **A. Kirstein. Autoskopie der Luftwege.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 38.*

K. hat nach mehrfachen jetzt wieder verlassenen Wegen eine Methode ausgebildet, mittelst deren es bei einer ziemlich grossen Anzahl Menschen ohne besonders hochgradige Belästigung gelingt, das Innere des Kehlkopfs und der Luftröhre direct ohne Spiegel zu übersehen bezw. Eingriffe unter directer Controlle des Auges auszuführen. Er setzt den zu Untersuchenden auf einen Stuhl, lässt den Oberkörper etwas nach vorn neigen, während der Kopf aufrecht gehalten wird. Damit ist die Achse des tracheolaryngealen Rohres so gerichtet, dass ihre Verlängerung durch die Mundöffnung austreten würde. Nun wird mit Hilfe des besonders construirten Spatels der Zungengrund nach vorn und unten gedrückt und die Epiglottis aufgerichtet. Man gewinnt so bei manchen Personen in der That ganz überraschende Bilder. Das Autoscop ist von Hirschmann, Johannisstrasse 14/15 zu beziehen. Für Operationen wird ein anderer Spatel benutzt, der hinter die cocainisirte Epiglottis eingesetzt wird. Besondere Instrumente sind natürlich nothwendig. Es wird der Zukunft vorbehalten sein, den Werth der jedenfalls allseitiger Beachtung verdienenden Methode festzustellen.

LANDGRAF.

111) **Wł. Wróblewski. Ueber Autoskopie des Kehlkopfs. (Autoskopia górnych dróg oddechowych.)** *Gazeta lek. No. 47. 1895.*

Verf. beschreibt das Kirstein'sche Autoskop und glaubt dass dasselbe eine sehr werthvolle Methode zur Untersuchung der oberen Luftwege liefern wird.

A. v SOKOLOWSKI.

112) **G. Spiess** (Frankfurt a. M.). **Ueber den Blutstrom in der Schleimhaut des Kehlkopfes und des Kehldeckels.** Aus dem physiolog. Institut zu Leipzig. — *Arch. f. Anat. u. Phys. v. His-du Bois Raymond. 1894.*

Der der Zungenseite angehörige Ueberzug der Epiglottis ist ärmer an Blutgefässen als der hintere. Die Arterienstämmchen die das Blut zur Schleimhaut führen, senden in geringen Abständen von einander Zweige ab, wodurch die ganze Fläche in kleinere Berieselungsbezirke zerlegt wird; diese Zweige schreiten gerade aus fort und teilen sich auseinanderweichend weiter und weiter bis zum capillaren Durchmesser. Die Capillaren selbst formen Maschen länglicher Gestalt; sie sammeln sich nach kurzem Verlaufe zu einer kleinen Vene, die alsbald mit einer benachbarten zu einer grösseren zusammenfliesst.

Die Schleimhaut des Kehlkopfes, die durch Zweige der Thyreoid supp. und laryng. supp. versorgt wird, zeigt eng umgrenzte Flächenstücke mit selbstständigen Zu- und Abflüssen ausgerüstet, sodass sich die Strömung durch jedes derselben unabhängig von dem durch die Nachbargestalten und den sonstigen Leistungen des eigenen Gebiets anpassen kann.

Im vorderen Winkel der Stimmritze läuft zwischen Knorpel und Schleimhaut beiderseits eine Arterie herab, die mit ihren Zweigen die Fasern des Stimmbandes umgabelt: diesen kommen von hinten und unten her andere entgegen. Die aus ihnen hervorgehenden Capillaren bilden Netze, deren grösster Durchmesser in der Längsrichtung der Stimmbänder liegt. Noch innerhalb der letzteren sammeln sich aus den Capillaren zahlreiche feine Venen, die zwischen den Fasern verlaufen. Sie fliessen meist nach der Vene ab, die vor dem Arycricoidalgelenk aus der Schleimhaut in die Muskeln übertritt.

Ref. muss es sich versagen, des weiteren über die Resultate der Sp.'schen an Hunden vorgenommenen Untersuchungen an den übrigen Theilen der Kehlkopfschleimhaut zu berichten, verweist vielmehr Interessenten auf die schöne Originalarbeit, in der noch von der Reizung der Gefässnerven des Kehlkopfes die Rede ist.

Verf. glaubt, dass die engen Arterien im Verhältnis zu den geräumigen Venen mit ihren bequemen Abflusswegen, die Einbettung der Capillaren in die elastische straffe Faserung, die geringe Reizbarkeit der Gefässnerven und im Gegensatz dazu die Empfindlichkeit der in die Schleimhaut eingebetten Gefässe gegen den Inductionsstrom und Terpentindampf es in hohem Grade wahrscheinlich machen, dass jede merkliche Anhäufung von Blut in den Gefässen der Schleimhaut durch die selbstständige Nachgiebigkeit der Gefässwand und ihrer nächsten Umgebung bedingt sei.

A. ROSENBERG.

113) **Noquet. Ein Fall von Cyste der Epiglottis. (Un cas de kyste de l'epiglotte.)** *Revue de laryngol. No. 15. 1895.*

Der Tumor wurde bei der Patientin, einem 13jährigen Mädchen, zufällig entdeckt.

E. J. MOURE.

114) **Angelesco. Epitheliom der Epiglottis. (Epithelioma de l'epiglotte.)** *Soc. anat. Paris. 20. December 1895.*

Pine Frau von 68 Jahren, ins Spital aufgenommen wegen Schluckbeschwerden, die seit 4 Monaten sich bemerkbar machten, und leichter Dyspnoe mit Bronchitis. In der Höhe der Epiglottis wurde ein etwa nussgrosser, unregelmässiger, gebuckelter Tumor constatirt. Tracheotomie, darauf Laryngotomia subhyoidea. Der Tumor wurde ohne Schwierigkeit entfernt. Tod der Patientin am 12. Tage in Folge von Bronchopneumonie und Lungengangrän.

Bei der Section fand sich ausser den Veränderungen in der Lunge eine krebsig entartete Drüse an der Bifurcation und Kehlkopfödem. Die entfernte Geschwulst erwies sich als Pflasterzellenepitheliom.

A. CARTAZ.

115) **W. H. Pierce. Das Papillom des Kehlkopfs mit Bericht über einen interessanten Fall. (Laryngeal papilloma with report of an interesting case.)** *Chicago Med. Recorder. April 1895.*

Interessant an dem Falle ist, dass der Patient seine Stimme erst 4 Monate nach der Entfernung der Geschwulst wiederbekam, und zwar in Folge einer plötzlichen Aufregung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

116) **W. Camac Wilkinson** (Sydney). **Bericht über zwei Fälle von Papillom des Kehlkopfs. (Notes on two cases of papilloma of the larynx.)** *The Australian Medical Gazette. 20. October 1895.*

Der erste Fall betraf eine Frau von 37 Jahren. Der Tumor sass am hinteren Ende des rechten Stimmbandes; er wurde in 2 Sitzungen im Laufe einer Woche entfernt. Ein kleiner röthlicher Vorsprung, der zurückblieb, wurde 3 Mal mit dem Galvanokauter berührt. Das Stimmband sieht jetzt normal aus, von einer kleinen röthlichen Verdickung abgesehen, die seit mehreren Monaten an Grösse nicht zugenommen hat. Die Patientin hat viel gesungen, besonders hohe Töne. Den Catarrh, der die Folge der Ueberanstrengung des Kehlkopfs ist, hält Verf. für ein bedeutsames ätiologisches Moment bei Papillom.

Der zweite Fall betrifft ein Mädchen von 4 Jahren, das seit Monaten stimmlos, in einem Zustand schwerster Dyspnoe in das Krankenhaus aufgenommen wurde. Es wurde die Tracheotomie gemacht und wenige Tage darauf die Laryngofissur, worauf vom linken Stimmband ein breites Papillom abgetragen wurde; die Basis desselben wurde mit dem Paquelin geätzt. 3 Monate darauf Recidiv der Symptome; erneute Tracheotomie und 10 Tage darauf weite Eröffnung des Larynx von der Tracheotomiewunde bis zum oberen Rande des Schildknorpels herauf. Das Papillom erfüllte den ganzen Larynx. Es wurde abgetragen und der Grund mit dem Galvanokauter gründlich geglüht. Nach 4 Monaten jedoch erneutes Recidiv; wieder musste tracheotomirt werden und zum 3. Male ist jetzt die Radicaloperation nothwendig.

A. J BRADY.

117) **Ch. Gevaert. Voluminöses Fibrom des Larynx im Interarytaenoidalraum. (Fibrome volumineux du larynx développé dans l'espace interarythénoidien.)** *La Belgique Méd. No. 43. 1895.*

Das mit breiter Basis immobil auf der hinteren Larynxwand aufsitzende, 2 cm breite und 1 cm dicke Fibrom wurde von Gevaert mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt.

BAYER.

118) **Bark. Endolaryngeale Entfernung von Sängerknötchen. (Endo-laryngeal removal of singer's nodule.)** *Lancet. 21. December 1895.*

Zwei Fälle, in denen die Knötchen mit der Grant'schen Zange entfernt waren, wurden von B. in der Liverpool Med. Institution vorgestellt.

ADOLPH BRONNER.

119) **Hunter Mackenzie. Ein Fall von cystischem Tumor des Kehlkopfs. (A case of cystic tumour of the larynx.)** *Lancet. 7. December 1895.*

Patient, ein Mann von 67 Jahren, litt seit einem Jahre an Athembeschwerden; der glatte Tumor sass vorn am linken Stimmband dicht an der Commissur; er wurde abgetragen, ohne zu recidiviren.

ADOLPH BRONNER.

120) **John W. Farlow. Ein Fall von polypoidem Lipom des Larynx. (A case of polypoid lipoma of the larynx.)** *N. Y. Med. Journal. 16. November 1895.*

Abdruck eines auf der 17. Versammlung der American Laryngological Association gehaltenen Vortrages, über den im Congressbericht referirt wird.

LEFFERTS.

121) **Corradi. Ein Fall von Adenom des rechten Stimmbands. (Un cas d'adénome de la corde vocale droite.)** *Annal. des malad. de l'oreille etc. No. 1. Januar 1895.*

C.'s Fall betrifft einen Mann von 34 Jahren, der früher wegen einer Cyste der rechten Stimmbandes operirt worden war. Als von Neuem Athembeschwerden auftraten, constatirte Verf. auf demselben Stimmbande einen blassrothen Tumor, der durch seine Härte mehreren Versuchen, ihn mit der Schlinge abzutragen, widerstand. Es wurde mit der scharfen Zange ein Stück desselben entfernt und mikroskopisch untersucht, die Diagnose lautete auf Adenom. Der Verf. schliesst hieraus, dass ein gutartiger Tumor unter dem irritirenden Einflusse des Eingriffes [?? Red.] sich in eine andere Geschwulst von vorgeschrittenerer histologischer Constitution umbilden kann.

E. J MOURE.

122) **D. Roy. Benigne Kehlkopfgeschwülste. (Benign tumours of the larynx.)** *Med. and Surg. Reporter. 23. März 1895.*

Schlusssätze: 1. Die Kehlkopfneubildungen sind gutartige oder maligne. 2. Von den gutartigen sind die Papillome die häufigsten; sie kommen in der Regel zwischen 25 und 55 Jahren vor. Die Hauptsymptome sind Aphonie, Dysphagie und Dyspnoe. 4. Die beste Therapie ist die Abtragung. 5. Umbildungen benigner Tumoren in bösartige in Folge des instrumentellen Eingriffes kommen nicht vor.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

123) **Ferreri** (Rom). **Ueber subchordale gutartige Larynxgeschwülste. (Si tumori benigni della laringe sottocordici.)** *Arch. it. d'otol. 1895. No. 2.*

22jähriger Ingenieur, ohne Syphilis. Seit 3 Jahren abwechselnd heiser. In der letzten Zeit hatte die Heiserkeit sehr zugenommen. Larynx bis zu den Stimmbändern normal. Unter diesen, entsprechend der vorderen Commissur, eine glatte, rothe, birnförmige, harte Geschwulst. Abtragung in 2 Sitzungen mit der Zange. Kauterisation der Ansatzstelle mit Lapis in Substanz.

Histologische Diagnose: subchordales Fibromyxom. Die eigentliche Geschwulstmasse bestand aus fibrösem Gewebe; in den mehr centralen Theilen fand sich aber ein Gewebe, bestehend aus sternförmigen Zellen und einer „gestreiften Intercellularsubstanz von hyalinem Aussehen (Schleimgewebe)". Die beigegebene Abbildung dieses Schleimgewebes ist durchaus nicht überzeugend!

TOTI.

124) **John A. Thompson. Sarcom des Kehlkopfs. Laryngectomie nach einer verbesserten Methode. Heilung. (Sarcoma of the larynx. Laryngectomy by an improved method. Recovery.)** *Philad. Med. News. 26. October 1895.*

Bemerkenswerth ist, dass bei der Operation der Ringknorpel nicht mit entfernt wurde. Es geschah dies aus mehreren Gründen. Einmal lag kein Grund zur Herausnahme desselben vor, da weder der Knorpel, noch die Membran darüber an der malignen Entartung Theil hatte. Und dann dient der Ringknorpel den vorderen Längsfasern des Oesophagus als Stütze. Auch der untere Constrictor des Rachens ist an der oberen hinteren Partie des Ringknorpels befestigt. Alle diese Theile behalten bei Belassung des Ringknorpels ihre normale Lage und sind vor Verletzungen bei der Operation geschützt.

LEFFERTS.

125) **W. S. Jones. Die Frühsymptome, Diagnose und Differentialdiagnose des Kehlkopfcarcinoms. (The early symptoms, diagnosis and differential diagnosis of carcinoma of the larynx.)** *Journ. Am. Med. Assoc. (Chicago). 20. April 1895.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

126) **W. S. Anderson. Syphilis und Carcinom des Larynx. (Syphilis and carcinoma of larynx.)** *Physician and Surgeon. September 1895.*

Ein Fall von Syphilis und zwei von Carcinom; nichts Besonderes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

127) **Göschel, Bauer** (Nürnberg). **Carcinom und Aneurysma.** *Münchner med. Wochenschr. No. 35. 1895.*

Göschel demonstrirte im Aerztlichen Verein zu Nürnberg das Präparat eines an Epiglottis und Zungencarcinom Operirten, der nach gelungener Operation plötzlich an einer Blutung aus dem Oesophagus starb. Die Section ergab als Ursache derselben ein faustgrosses, in den Oesophagus perforirtes Aortenaneurysma. Bauer bemerkt anschliessend, dass er einen Kranken gesehen habe mit einer Strictur des Oesophagus hinter dem Ringknorpel. Bei der Section fand sich noch eine zweite Strictur, oberhalb des Carcinoms ein grosses Aneurysma aortae.

SCHECH.

128) **Bérard** u. **Polosson** (Lyon). **Krebs des Kehlkopfs; Exstirpation desselben nach der Tracheotomie. (Cancer du larynx; ablation après trachéotomie.)** *Lyon méd. 1. September 1895.*

Der Titel bezeichnet den Inhalt hinreichend. LUC.

129) **A. Rosenbaum. Die Exstirpation der carcinösen Epiglottis mittelst der Pharyngotomia subhyoidea.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 4.*

Kurzes Referat über einen nach Langenbeck's Methode von J. Israel operirten Fall aus der Praxis des Herrn B. Fränkel. Es ist bei diesem Falle gelungen, die Nn. laryngei superiores (innerer Ast) zu schonen.

LANDGRAF.

130) **Brindel. Die Thyrotomie; ihre Indicationen, ihre Technik und ihre Resultate. (De la thyrotomie au point de vue de ses indications, de son manuel opératoire et de ses suites.)** Paris. Doin édit. 1895.

Verf. stellt die Fälle zusammen, bei denen der Weg der endolaryngealen Operation ungangbar ist (jugendliche Kinder; gewisse seltene Patienten, welche das Cocain nicht anästhesirt; andere, welche der wiederholte Cocaingebrauch belästigt; manche schnell recidivirenden benignen Tnmoren u. s. w.); er zeigt dann, dass für maligne Tumoren die Thyrotomie nur dann ausreicht, wenn die Geschwulst scharf begrenzt ist und die Knorpel noch nicht infiltrirt hat.

Die Tracheotomie, „die man nur sehr selten wird entbehren können", wird in derselben Sitzung wie die Thyrotomie gemacht, ausser wenn besondere Umstände sie vorher nöthig machen.

Es werden dann die Technik und die Endresultate der Operation eingehend besprochen. Die Arbeit, die eine Reihe anatomischer, zum Theil neuer Details enthält, ist von hohem wissenschaftlichen Interesse. E. J. MOURE.

131) **Charles Perier** (Paris). **Laryngotomie bei Geschwülsten des Kehlkopfs ohne vorangängige Tracheotomie.** *Academie de médecine. 25. Juni 1895.*

P. stellt zwei Patienten vor, bei denen er Larynxpapillome durch Laryngofissur ohne vorhergehende Tracheotomie exstirpirt hat. Bei beiden war die Exstirpation der Geschwülste per os ohne Erfolg versucht worden. Bei einem der Patienten blieb die Heilung beständig; bei dem anderen trat ein Recidiv ein trotz der Anwendung des Paquelins während der Operation. LUC.

132) **Perier** (Paris). **Ueber Laryngotomie.** *Congrès franç. de chir. 1895.*

Die vorangängige Tracheotomie mit Tamponade der Trachea hält Verf. für unnütz und sogar für schädlich. Er führt die Operation auf folgende Weise aus:

Um das Gerippe des Kehlkopfs blosszulegen, macht er zwei Incisionen, die eine unterhalb des Zungenbeins, dessen ganzer Länge folgend (beide Hörner desselben mitgerechnet), die andere perpendiculär zur ersten, an ihrer Mitte beginnend und längs der Mittellinie bis zum dritten Ringe der Trachea geführt.

Die Querincision soll alle Weichtheile bis auf die Membrana hyo-thyroidea durchtrennen und die senkrechte bis auf das laryngo - tracheale Gerippe gehen. Dann werden die beiden dreieckigen Lappen von der Spitze aus nach der Basis

abpräparirt, indem man sich enge am Kehlkopf hält, der so in der Mitte der umfangreichen Wunde blossgelegt erscheint.

Letztere blutet viel weniger, als man fürchten könnte. Jedenfalls hat man alle Musse zur absoluten Haemostasis. Nachdem diese erreicht ist, können die Luftwege mit aller Sicherheit, besonders wenn der Kopf nach hinten unten geneigt wird, aufgeschnitten werden.

Die Incision des Schildknorpels kann man langsam, mit kleinen Schnitten rein mathematisch ohne Blutverlust in der Mittellinie ausführen. Dann werden beide Platten mittelst feiner, mit Griffen versehenen Haken von einander entfernt und das Innere des Larynx ruhig untersucht. Nöthigenfalls wird die Oeffnung durch Incision der Membrana hyo-thyroidea und der crico-thyroidea erweitert, indem man die längs beider hinziehenden Gefässe sorgfältig fasst.

Hat die Operation als Ziel die Exstirpation eines Neoplasmas, so wird je nach der Consistenz desselben die Curette, oder das Bistouri, oder der Paquelin benutzt.

Die Naht der Knorpelränder hält Verf. für eine der Schwierigkeiten der Operation, besonders wenn die Incision die Membranen oberhalb und unterhalb des Schildknorpels mitbetroffen hat. Im letzten Falle müssen beide Membranen sorgfältig mittelst feinen Catguts genäht werden; dasselbe ist auch für die Naht des Knorpels (wenn er nicht zu zerbrechlich ist) und jedenfalls des Perichondriums zu verwenden.

Wenn die Laryngofissur ungenügend zur Erreichung eines radicalen Resultates erscheint, hat man beiden Hautincisionen eine dritte quere von dem unteren Ende der senkrechten Incision hinzuzufügen, um zur Kehlkopfexstirpation vorschreiten zu können. LUC.

133) **Solis-Cohen. Fall von completer Laryngectomie. (Case of complete laryngectomy.)** *Brit. Med. Journ. 2. November 1895.*

Vorstellung des Patienten in der Laryngologischen Section der Brit. Med. Association, London 1895.

Die Trachea wurde an die äussere Haut angenäht und der Oesophagus von der hinteren Fläche des Larynx abgeschält. Ausgezeichnete Sprache, die über einige Meter Entfernung hin gehört werden kann. ADOLPH BRONNER.

134) **Rotter. Zur Totalexstirpation des Kehlkopfs.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 6.*

R. erörtert die Gründe, weshalb sich die Totalexstirpation des Kehlkopfs noch nicht gebührend eingeführt hat und findet den Hauptgrund in der Lebensgefährlichkeit der Operation selbst. 35 auf 100 Mortalität. Ein Fortschritt ist angebahnt durch bessere Wundversorgung. — Bardenheuer liess als erster den zwischen Wund- und Rachenhöhle bestehenden Defect nicht offen, sondern schloss ihn durch eine Naht. Poppert versuchte diese Naht so fest zu machen, dass sie während der ganzen Nachbehandlung dicht hielt durch eine Zweietagennaht. R. hat nun nicht nur eine zweireihige Schleimhautnaht angelegt, sondern auch noch die Stümpfe der Muskeln, welche vom Larynx abgeschnitten waren, in der Mittel-

linie vernäht und darüber die Haut bis auf die Wundwinkel vereinigt. Der Pat. konnte gleich schlucken, vom 2. Tage ab Milch trinken und am 7. Tage das Bett verlassen.

LANDGRAF.

135) **D. B. Delavan. Die neueren Fortschritte der chirurgischen Behandlung maligner Erkrankung des Kehlkopfs. (Recent advances in the surgical treatment of malignant disease of the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 9. November 1895.*

Verf. bespricht die drei Methoden der Thyrotomie, der Laryngotomie und der Totalexstirpation des Kehlkopfs; er unterzieht die neueren Statistiken von Semon, Butlin u. A. einer kritischen Besprechung.

LEFFERTS.

136) **E. Harrison Griffin. Condylome der Luftröhre. (Condylomata of the trachea)** *N. Y. Med. Journal. 16. November 1895.*

Man sah während der Inspiration in der Trachea eine breit hervorragende, granuläre Geschwulst von rother Farbe, mit einem häutigen Secret bedeckt, von unregelmässiger Oberfläche und durch Fissuren gespalten, an ihren Rändern scharf abgesetzt. Der Tumor sass an der vorderen Trachealwand, dicht unter den Stimmbändern, etwa 1 Zoll weit nach abwärts sich erstreckend. Das Lumen der Trachea war erheblich verengt. Die laryngoskopische Untersuchung des überaus nervösen Patienten bot übrigens grosse Schwierigkeiten.

Die Behandlung bestand in Darreichung grosser Jodkaliumdosen und Einreibung einer Quecksilbersalbe über dem Schildknorpel.

Der Patient wurde täglich untersucht; innerhalb 3 Wochen war der Tumor verschwunden.

LEFFERTS.

137) **Zarnikow. Ozaena trachealis.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. 1895. No. 29.*

Nase, Nasenrachenraum, Kehlkopf waren völlig frei. Die ganze Wand der Trachea war mit dunklen Krusten bedeckt, welche den für Ozaena charakteristischen Gestank verbreiteten.

Der Kranke war ein im Uebrigen gesunder, kräftiger Soldat.

LANDGRAF.

138) **Seifert. Ueber Bronchostenose.** *Münchner medicin. Wochenschr. No. 31. 1895.*

Der Patient war mit einer doppelten Trachealstenose behaftet; die eine geringere sass etwa in der Höhe des 3. Trachealknorpels, die zweite hochgradigere sass dicht über der Bifurcation; die Klagen bestanden hauptsächlich in der Unfähigkeit zu expectoriren und auf dem Rücken liegend zu schlafen, sowie in der Erschwerung jeder körperlichen Thätigkeit. S. benutzte zur Erweiterung Schlundsonden mit unten abgerundetem Ende und zwei seitlichen Oeffnungen, die unter Leitung des Spiegels nach vorheriger Cocainisirung eingeführt wurden. Gleich mit der ersten $5^1/_2$ mm dicken Sonde gelangte S. 47 cm weit hinein und liess die Sonde anfangs 2, dann 5 Minuten lang liegen. Allmälig wurden immer dickere Sonden eingelegt, was nicht ganz leicht ist; das Resultat aber war ein glänzendes.

Immerhin ist es nicht leicht, sicher in den rechten oder linken Bronchus zu gelangen; an der eingeführten Sonde sah man die Bewegungen und hörte man deutlich die Töne der Aorta. Nach dem Catheterismus trat sehr häufig eine Vermehrung der Pulsschläge bis zu 130 und darüber auf, was wahrscheinlich theilweise auf Rechnung des Cocain zu setzen ist; obwohl Patient 3 Monate lang täglich 0,2 bis 0,3 Cocain verbrauchte, trat dennoch keine Gewöhnung ein. SCHECH.

139) **Krönig. Doppelseitige intrabronchiale Stenose syphilitischen Ursprungs.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 44.*

Demonstration eines Präparates in der Berliner med. Gesellschaft. Der Fall bot nichts Besonderes. LANDGRAF.

f. Schilddrüse.

140) **W. Brown. Zwei Fälle von Enucleation von Cysten der Schilddrüse. (Notes of two cases of enucleation of thyroid cyst.)** *Lancet. 21. September 1895.*

Zwei Mädchen von 21 und 19 Jahren erkrankten mit Anschwellung der linken Schilddrüsenhälfte und Dyspnoe. Enucleation von zwei grossen Cysten. Heilung. ADOLPH BRONNER.

141) **R. Köhler. Kropfschwund nach halbseitiger Strumectomie.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 6.*

Die halbseitige Strumectomie war vor 3 Jahren gemacht. LANDGRAF.

142) **Desguin. Cystenkropf; totale Thyroidectomie. (Goitre kystique; thyroidectomie totale.)** *Annal. Soc. Méd. Anvers. September 1895.*

Uniloculäre Cyste von der Grösse des Kopfes eines Fötus; totale Exstirpation der Schilddrüse. Heilung. BAYER.

143) **Gauthier** (Charolles). **Schilddrüse und Basedow'sche Krankheit. (Corps thyroide et maladie de Basedow.)** *Lyon méd. 1. September 1895.*

An der Hand seiner früheren Artikel beweist Verf., dass er im Jahre 1885, also vor dem ersten Möbius'schen Artikel, schon die Rolle der Schilddrüse für die Pathogenese der Basedow'schen Krankheit betont hat; er fordert die Priorität in der Entdeckung dieser Theorie für sich. LUC.

144) **Scholz** (Graz) **Ueber den Einfluss der Schilddrüsenbehandlung auf den Stoffwechsel des Menschen, insbesondere bei Morbus Basedowii.** *Centralbl. f. innere Medicin. 43, 44. 1895.*

Die Untersuchungen werden an einem typischen Krankheitsfall angestellt, der ein 29jähriges Mädchen betraf. Sie bekam vom 8. Versuchstage an täglich 4 Thyreoidintabletten, deren Wirksamkeit vorher an 3 corpulenten Personen erprobt worden war. Das wichtigste Resultat der Untersuchungen ist der Nachweis,

dass die Gland. thyreoid. einen gewichtigen Einfluss auf den Phosphorsäure-Stoffwechsel ausübt.

SEIFERT.

145) **Mosse. Verschiedene Beobachtungen über die Schilddrüsenverfütterung. (The miscellaneous uses of thyroid feeding.)** *N. Y. Medical Record. 21. September 1895.*

Verf. behandelte einen Patienten, der wegen einfacher Gelbsucht ins Spital kam und bei dem eine alte Psoriasis constatirt wurde, nachdem die gewöhnlichen Mittel erfolglos geblieben waren, mit Schilddrüse. Es trat sehr schnell dauernde Heilung ein. In einem Falle von Kropf bei einem jungen Mädchen dagegen brachte die Schilddrüsenbehandlung keinen Nutzen. Dr. Thiberge hatte bei 3 Fällen von Psoriasis gar keinen, bei 8 anderen einen nur geringen dauernden Erfolg.

LEFFERTS.

146) **J. P. zum Busch** (London). **Die Schilddrüsenbehandlung bei Myxoedem und verschiedenen Hautkrankheiten.** *Dermatolog. Zeitschrift. II. Bd. 5. Heft. 1895.*

Der grösste Theil der mit Schafschilddrüse behandelten Fälle wurde poliklinisch behandelt und erhielt Tabletten zu 0,3 mehrmals täglich. Bei mit Hautkrankheiten behafteten Patienten war besonders im Beginne der Behandlung die Körpergewichtsabnahme eine beträchtliche, Hand in Hand ging damit eine Vermehrung der Urinmenge und der Harnstoffausscheidung oft auf das Doppelte, ebenso stieg die Pulsfrequenz, häufig um 10—20 Schläge. Unangenehme Nebenwirkungen traten nicht häufig auf, wenn sie vorhanden, so bestanden sie in Pulsbeschleunigung, Herzklopfen, Kopfschmerzen, Schwächegefühl, Zittern in den Extremitäten und starkem Schweissausbruch. Magensäuerungen wurden 2 Mal bei Kindern beobachtet. Eiweiss und Zucker wurden nie im Urin gefunden. In 4 Fällen von Myxödem bei Frauen in den mittleren Lebensjahren wirkte die Thyreoidinbehandlung ausserordentlich günstig. In einem 5. Falle hatte sich vor den Augen des Beobachters aus einem M. Basedowii ein myxomatöser Zustand entwickelt, der sich auf Zufuhr von Schafschilddrüse besserte. Ausserdem wurde Thyreoidin noch bei Psoriasis, Eczem, Lupus, Ichthyosis gegeben.

SEIFERT.

147) **Lewis Bruce. Die Schilddrüsenfütterung, Bericht über eine zweite Serie von 60 Fällen. (On thyroid feeding, based upon the study of a second series of sixty cases.)** *Journal of Mental Science. October 1895.*

Vortrag, gehalten in der Medico-Psychological Association. Wird an anderer Stelle besprochen.

ADOLF BRONNER.

148) **C. A. Ewald. Ueber einen durch die Schilddrüsentherapie geheilten Fall von Myxoedem nebst Erfahrungen über anderweitige Anwendung von Thyreoideapräparaten.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 2 u. 3.*

Der geheilte Fall betraf eine 52jährige Dame. Die Heilung trat ein nach Gebrauch von Thyreoideatabletten. Einspritzungen von Extract waren vorher angewendet mit wenig Erfolg.

Aus der Krankengeschichte ist hervorzuheben, dass Stoffwechseluntersuchungen eine vollständig normale Verwerthung der eingeführten N-haltigen Nahrung ergaben.

Während des Gebrauches der Tabletten trat Meliturie auf, die nach der Heilung verschwand. LANDGRAF.

149) **Godart-Dauhieux. Ein Fall von Myxoedem mit Ascites behandelt mit Schilddrüsenextract. (Un cas de myxoedème avec ascite traité par l'extrait thyroidien.)** *Journal de Méd. de Chir. etc. 28 u. No. 41. 1895.*

51 jährige Frau, bei welcher ausser den charakteristischen Symptomen des Myxödems, Atrophie der Schilddrüse etc., als Complication Ascites vorhanden war. Bei der Punction des letzteren wurden 12 Liter citronengelber Flüssigkeit entleert, welche sich von Neuem wieder ansammelte. Nun wurde die antimyxomatöse Behandlung eingeleitet, welche in der Darreichung von 3 Tabletten von Schilddrüsenextract per Tag bestand.

Am 26. Tage war die Kranke nicht mehr zu erkennen und es existirte keine Spur mehr von Ascites. Der Autor schreibt das Verschwinden des letzteren der lymphagogen Wirkung des Schilddrüsenextractes zu, welche er mit Slosse zusammen experimentell am Hunde nachgewiesen hatte und wovon er zwei weitere einschlägige Experimente mittheilt. BAYER.

150) **Buschan. Zum sogenannten Thyroidismus.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1895. No. 44.*

B. weist auf die Möglichkeit hin, dass die Erscheinungen des sog. Thyr. abhängig sind von der Ernährungsweise der betreffenden Person, ob vorwiegend animalische oder vegetabilische Kost genommen wird. LANDGRAF.

g. Oesophagus.

151) **G. Klemperer. Pulsionsdivertikel der Speiseröhre.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1895. No. 3.*

Vorstellung eines Falles im Verein für innere Medicin. LANDGRAF.

152) **Hirschsprung** (Kopenhagen). **2 Fälle von angeborenem Verschluss der Speiseröhre. (2 Tilfaelde af medfödt Tillukning af Spiserôret.)** *Hospitals-Tidende. 16. October 1895.*

In beiden Fällen war der Oesophagus nach oben blindsackförmig erweitert. Das unterste Ende mündete im ersten Falle in die Bifurcation der Trachea, in dem zweiten Falle in die Luftröhre dicht beim Abgange des linken Hauptbronchus ein. SCHMIEGELOW.

153) **Adelaide Brown. Ein Fall von Oesophagusstrictur nach Carbolsäureverbrennung. (Case of stricture of oesophagus following carbolic acid burning.)** *Occidental Med. Times. April 1895.*

Der Fall ist von Interesse, weil er zeigt, wie lange nach dem Unfall die Er-

scheinungen der Strictur sich entwickeln können — im vorliegenden Falle vier Monate.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

154) **M. J. Coomes. Oesophagusstrictur. (Stricture of the oesophagus.)** *Am. Practitioner and News. 19. October 1895.*

Nichts von speciellerem Interesse.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Heinr. Werner. Beiträge zur Kenntniss der sogen. Papillome des Kehlkopfes. Mit einer Doppeltafel. Heidelberg. Carl Winter. 1894. 81. pp.

Die Grundlage der W.'schen Untersuchungen bildet ein interessanter Fall von Kehlkopfpapillom, der seit 1883 wiederholt auf der Jurasz'schen Klinik operirt worden ist und sich durch die zahlreichen schnellen Recidive, wie durch die Neigung des Tumors an der Oberfläche zu verhornen, auszeichnete. Der betreffende Patient starb 1891 plötzlich in einem Suffocationsanfalle. W. giebt eine genaue Beschreibung des Tumors und seiner mikroskopischen Untersuchung, welche den Verdacht auf Carcinom, der wiederholt sich aufgedrängt hatte, sicher widerlegt. Ausser diesem Tumor beschreibt Verf. noch kurz die structurellen Verhältnisse von 9 anderen Papillomen des Larynx aus der Jurasz'schen Sammlung. Auf Grund dieses Materials tritt er an die Beantwortung folgender Fragen heran, welche Betrachtungen über die Zweckmässigkeit der von Virchow vorgeschlagenen Benennung der Papillome als Pachydermia verrucosa ihm nahe lagen .1. Zeigt das Epithel der sogenannten Papillome immer epidermoidalen Character? 2. Kommen dieselben nur auf den Partieen der Schleimhaut vor, welche dermoiden Character haben? 3. Bildet überhaupt das Epithel den Ausgangspunkt der papillären Wucherungen? Die beiden ersten Fragen werden bestimmt verneint. Von den 10 untersuchten Fällen zeigte nur einer vollkommen epidermoidales Epithel, zwei Neigung zur Verhornung; den übrigen fehlt der epidermoidale Character ganz. Das Vorkommen von Papillomen auf den Taschenbändern, an der hinteren Kehldeckelfläche etc. zeigt, dass auch die cylindroepitheliale Schleimhaut den Boden für die plattenepithelialen Papillome abgeben kann.

Auch die dritte Frage ist Verf. zu verneinen geneigt; die Mehrzahl der Papillome wenigstens leitet er von einer Wucherung der unter dem Papillarkörper gelegenen höheren Theile der Mucosa und des Papillarkörpers selbst ab; das Epithel kann dabei stark mitwuchern, aber es braucht das nicht zu thun; bisweilen bekleidet nur ein ganz zartes Cylinderepithel die Zotten. Der Name Pachydermia verrucosa ist danach für die grosse Mehrzahl der Kehlkopfpapillome nicht zutreffend.

Auf die folgenden Darlegungen des Verf. über die Aetiologie der Larynxpa-

pillome, für deren Entwicklung er der chronischen Hyperämie eine besondere Bedeutung zuschreibt, über das Verhältniss der Papillome zu der typischen Pachydermie, über die Neigung der Papillome zu Recidiven etc. sei nur kurz hingewiesen. Verf. bespricht dann die Frage des Ueberganges der Papillome in Carcinome; er steht dabei ganz auf dem Standpunkt der in diesen Blättern niedergelegten Semon'schen Sammelforschung, deren Zahlen und Schlüsse er z. Th. wörtlich wiedergiebt. Er glaubt, dass bei Berücksichtigung der bisherigen Erfahrungen in Zukunft die Zahl der sicheren „Degenerationsfälle" eine noch viel geringere sein wird und er hält es für fraglich, ob man „in absehbarer Zeit überhaupt noch von einer Umwandlung gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige" wird reden können. Die letzten Seiten behandeln die Möglichkeit der Rückbildung oder Selbstheilung der Kehlkopfpapillome durch fettige oder amyloide Degeneration, Abstossung grösserer Geschwulstmassen u. s. w.

Die fleissige Studie verdient volle Beachtung; bei der Fülle des Inhalts wäre eine schärfere Abgrenzung, vielleicht durch Eintheilung in Capitel, der Uebersichtlichkeit des Ganzen wohl zu Statten gekommen.

F. Klemperer (Strassburg i. E.)

---

b) Albert Ruault. Das Sulforicin-Phenol bei der Behandlung der Kehlkopftuberkulose. (Le phenol sulforiciné dans la tuberculose laryngée.) Paris. G. Masson édit. 1895.

In der vorliegenden, 90 Seiten starken Brochüre berichtet Verf. ausführlich über die Methodik und den Werth der Behandlung der Kehlkopfphthise mit dem Sulforicinphenol, das er 1892 zuerst für diesen Zweck empfohlen hat. Capitel 1 und 2 sind historischen und pharmacologischen Betrachtungen gewidmet. Sulforicinsäure ist eine Lösung von Ricinusöl in Schwefelsäure. Das Natriumsalz dieser Säure (Natrium sulforicinicum) dient als Vehikel für die Carbolsäure. Die Methode der Zubereitung des Sulforicinphenols stammt von A. Berlioz. Frühere deutsche Arbeiten (von Müller-Jacobs und Kobert) über Sulforicinpräparate wurden von Ruault und Berlioz übersehen, weil die in jenen Arbeiten für die sulforicinsauren Salze gebrauchten Bezeichnungen Solvine, Polysolve u. a. ihre Aufmerksamkeit nicht auf sich zogen. Die Anwendung der Sulforicinsäure in der oben angedeuteten Weise ist übrigens thatsächlich von Ruault zuerst versucht und empfohlen worden. Als gebräuchliche Mischung dient Phenol 30 : Natr. sulforicinic. 70 g. Die Mischung wird mit einem Wattetampon auf die tuberculösen Stellen theils leicht aufgedrückt, theils fest eingerieben; je nach der leichteren oder stärkeren Congestion, die der Pinselung folgt, wird dieselbe nach 24 Stunden bereits oder in längeren Pausen wiederholt. Capitel 3 schildert die Wirkung des Mittels auf die verschiedenen tuberculösen Veränderungen. Das Zustandekommen der günstigen Wirkung stellt sich Verf. so vor, dass das Phenol die oberflächlich gelegenen Tuberkelbacillen und vor allem die schädlichen secundären Eiter- und Entzündungserreger abtödtet, während das ölige Vehikel nicht

nur das gleichmässige Vordringen des Phenols ermöglicht und erleichtert, sondern auch die lebenden und gesunden Zellen schützt vor der abtödtenden Wirkung des Phenols. Bezüglich der Stellung des Medicamentes zur operativen Therapie ist der Verf. der Ansicht, dass diese durch jenes keineswegs überflüssig werden soll, sondern in ihren Indicationen bestehen bleibt und oft den einleitenden Act für die Behandlung mit dem Sulforicinphenol darstellt.

Capitel 4 endlich bespricht den therapeutischen Werth der von R. empfohlenen Methode. Verf. bringt keine Krankengeschichten bei, er will das Urtheil nicht bestechen, sondern wünscht eigene Prüfung seitens Aller, die über ein ausreichendes Material verfügen. Die ausserordentlich maasvollen und klinisch wohlüberdachten Anschauungen, die Verf. über die Rolle und Grenzen der Localtherapie bei der Kehlkopftuberculose überhaupt und über die Wirksamkeit des Sulforicinphenols im Besonderen ausspricht, erwecken zu seiner Objectivität volles Vertrauen und dürften seiner Brochüre und voraussichtlich auch seiner Methode viele Freunde erwerben.

In einem kurzen Anhang wird die Wirksamkeit des Mittels bei der Mund-, Nasen- und Rachentuberculose besprochen.

F. Klemperer (Strassburg i. E.).

---

c) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. November 1895.

Demme stellt 1. einen Patienten mit einer Furche in einer Tonsille vor, 2. einen 13jährigen Knaben, der mit dem Halse auf den Rand eines Eimers gefallen war; am Ringknorpel findet sich eine kleine Verdickung, laryngoskopisch fand sich eine linksseitige Recurrenslähmung, die D. durch einen den linken Recurrens drückenden Bluterguss ins Bindegewebe erklären zu können glaubt. Durch Massage der linken Halsseite erzielte er Besserung.

Gluck berichtet über 15 Fälle von Kehlkopfgeschwülsten, die er chirurgisch operirt hat. Darunter waren mehrere Patienten mit Papillomen; diese wurden zum Theil mit dem Thermokauter bearbeitet und alle geheilt; in zwei Fällen von Sarcom wurde eine partielle Resection gemacht, der erste ist bisher (4½ Jahr) geheilt; in dem zweiten, wo es sich um ein Angiosarcom handelte, ist das Decanulement nicht möglich. — Ein 69jähr. Pat. mit Carcinoma laryngis sinistr. ist geheilt; in zwei anderen Fällen wurde wegen zu grosser Ausdehnung der Geschwulst nur die Tracheotomie gemacht; eine 25jähr. Patientin mit Carcinoma pharyng. et laryng. starb 5 Wochen nach der Operation an Inanition. G. sah bei sonst gesunden Carcinompatienten zuweilen nach der Tracheotomie Arrhythmie des Pulses einsetzen; Vaguspneumonie und -Insufficienzen sind nicht immer zu vermeiden.

B. Fränkel erwähnt einen Fall, in dem nach Laryngofissur und Ausräumung der Papillome bei einem Knaben sehr bald so hochgradige Recidive eintraten, dass

schwere Larynxstenose einsetzte. Die Pneumonien nach Larynxexstirpationen sind wohl mehr auf Rechnung des N. laryng. sup. zu setzen.

P. Heymann sah auch nach chirurgischer Exstirpation der Papillome fast immer Recidive eintreten.

Gluck will die chirurgische Methode nur für die Fälle mit sehr grossen Papillomen angewandt wissen.

Alexander stellt einen Pat. mit einem Tumor an der Schädelbasis vor, der die rechte Hälfte des Nasenrachens ausfüllte, Lähmung des Mundfacialis, rechtsseitige Velumparese, Erscheinungen von Seiten des Sympathicus und Glossopharyngeus verursachte, 3 Wochen in gleicher Grösse bestand und unter Arsengebrauch binnen 4 Tagen sich fast vollkommen zurückgebildet hat.

P. Heymann sah ein Sarcom des Rachens unter Arsen vollkommen zurückgehen.

Schötz beobachtete einen Pat. von 40 Jahren mit einem Sarcom der Rachentonsille, Schwellung der Tonsillen und der Lymphdrüsen; der Kranke bekam anderweitig Arsenik und starb unter den Erscheinungen der Arsenikvergiftung. In einem zweiten Fall war Arsenik wirkungslos; in einem dritten, bei dem der Tumor an der Zungenbasis sass, schwand derselbe unter Jodkaligebrauch, während die Lymphdrüsen sich unter nachheriger innerer Arsenanwendung vergrösserten.

B. Fränkel: Arsen ist nicht in allen Fällen wirksam; er selbst hat zwei solche beobachtet.

Gluck hat bei Langenbeck einen Fall von Sarcom gesehen, der unter Arsen zurückging; ein intercurrentes Erysipel brachte es ganz zum Schwinden. Ferner schwanden in einem Falle, in dem sich einige Zeit nach der Exstirpation eines malignen Mammatumors in der Narbe Geschwulstknoten zeigten, diese unter Arsengebrauch ganz.

E. Meyer zeigt zwei Röhrchen mit seröser Flüssigkeit, die er einem Pat. aus dem Antrum Highmori mit der Aspirationsspritze entfernt hat; der Pat. litt an starker einseitiger wässriger Absonderung aus der Nase. Bei der Eröffnung fand sich die Höhle leer; es hing von der Wand ein kleiner Lappen herunter, der wahrscheinlich eine zusammengefallene Cyste ist; aus der die vorgezeigte Flüssigkeit stammt.

E. Meyer: Bakteriologische Befunde bei Angina lacunaris.

Bei der Untersuchung des Secrets nicht entzündeter Tonsillen fanden sich gewöhnlich ein dem Streptococcus pyogenes ähnlicher Coccus, ein kleiner häufig als Diplococcus angeordneter Mikroorganismus, Staphylococcus und Leptothrix; bei Angina neben diesen auch pathogene Bakterien. 55 Fälle wurden untersucht; 14 mal fand M. Staphylokokken und zwar meist den Aureus; 24 mal waren Staphylo- und Streptokokken gemischt; 15 mal Streptococcus in Reincultur. Als den Erreger der Angina sieht er für gewöhnlich den Streptococcus an; sein häufiges Fehlen erklärt sich aus seiner Empfindlichkeit gegen ganz geringe Veränderungen im Nährboden. Nachdem er einen geeigneten Nährboden gefunden, fand sich der

Streptococcus auch in jedem Falle. Wenn man in den ersten Stunden einer Angina nur Staphylokokken züchtet, so kann das übrigens auch in der Einwanderung der Staphylokokken in die Schleimhaut und in dem erheblich schnelleren Wachsthum der Staphylokokken liegen.

Ein Unterschied im Verlaufe zwischen den Fällen mit Staphylokokken und denen mit Streptokokken war nicht vorhanden.

Obgleich sich Diplokokken sehr häufig fanden, waren nie Pneumokokken nachweisbar.

In 2 Fällen waren bei Angina lacunaris vollvirulente Diphtheriebacillen vorhanden.

Sitzung vom 28. November 1895.

B. Fränkel zeigt 1. ein Präparat von Larynxcarcinom, das durch die Totalexstirpation gewonnen worden ist. Laryngoskopisch fand sich bei dem Pat. zwischen Stimm- und Taschenband der erkrankten Seite ein Wulst — nach Art eines Prolapsus ventriculi —, der lebhaft roth und geschwollen war und nach hinten zu einen Substanzverlust zeigte. Es stellte sich heraus, dass es sich um ein Carcinom der vorderen Pharynxwand „des Oesophagus" handelte, das den Schildknorpel erreicht hatte;

2. das Präparat eines umfänglichen ulcerirten Oesophaguscarcinoms, das den Schildknorpel durchbrochen hat.

Die 40jährige Patientin zeigte in vivo Cadaverstellung des linken Stimmbandes, unter demselben eine Prominenz mit intacter Schleimhaut, eine Struma mit Ausläufern nach oben, so dass Larynx und Trachea von ihr umgriffen waren und sah kachectisch aus. Die Schlundsonde fühlte einen den Pharynx rechts unten comprimirenden Körper. Die Struma verkleinerte sich unter Thyreoidin, so dass man wohl nicht an ihre Malignität glauben konnte und auch die Geschwulst unter dem Stimmbande wohl nicht mit derselben in Verbindung zu bringen war. Pat. ging bald an Kachexie zu Grunde und die Section ergab obigen Befund. Auffallend war die fettige Degeneration des linken Stimmbandes.

P. Heymann demonstrirt zwei Patienten mit Rachensarkom. Bei dem ersten handelt es sich um eine markige resistente, starke Schwellung beider Tonsillen, die nach mehrmaliger Exstirpation immer wieder wuchsen. Die mikroskopische Untersuchung ergab: kleinzelliges Rundzellensarkom, und schliesslich zeigten sich Metastasen in der linken Orbita. Er war chirurgisch inoperabel. Unter Arsengebrauch geht es ihm nun 4 Jahre hindurch relativ gut.

In dem zweiten Falle sass das Sarkom auf der linken seitlichen Pharynxwand, recidivirte immer schnell nach der Excision; durch die seitliche Pharyngotomie (v. Bergmann) Entfernung zweier grosser Tumoren; nach zwei Jahren Recidiv. Pat. hustete spontan mehrere bis wallnussgrosse Tumorstücke aus. Durchsetzung der Epiglottis, der aryepiglottischen Falten und vielleicht des linken Arygelenks (Fixirung des linken Stimmbandes). Unter Arsenik besserte sich der Zustand erheblich. Ebenso in drei anderen Fällen von Tonsillensarkom; in anderen wieder versagte es.

Treitel demonstrirt ein modificirtes Gottstein'sches Messer zur Entfernung der adenoiden Vegetationen, das hinten und seitlich gleichzeitig schneidet.

Flatau hält dieses Instrument für gefährlich.

E. Meyer berichtet bezüglich des in der vorigen Sitzung erwähnten Falles von Cyste der Oberkieferhöhle, dass der seröse Inhalt in der That aus einer solchen stammte, und zeigt das mikroskopische Präparat der Cyste.

E. Meyer: Autoskopie und Oesophagoskopie.

In etwa $^1/_5$ aller Fälle gelingt die Autoskopie, aber nur in ca. $^1/_{12}$ ist der ganze Larynx — einschliesslich der vorderen Commissur zu sehen; bei 20 pCt. sieht man nur die hinteren $^2/_3$, 12 pCt. sind überhaupt nicht autoskopirbar

Die Methode ist den Patienten lästig, zuweilen ist der Druck auf den Zungengrund geradezu schmerzhaft; 3 mal (unter 300 Patienten) trat bei der Untersuchung Spasmus glottidis ein. Contraindicirt ist die Methode bei entzündlichen Processen am Zungenrande und der Epiglottis, sowie bei erheblicheren Störungen am Circulationsapparat und hochgradigen Stenosen des Larynx und der Trachea. Da durch das Autoskop der Kehlkopf fixirt wird, werden etwa vorhandene Athembeschwerden erhöht.

Für den Untersucher ist die Autoskopie lästig, weil man leicht angehustet wird, und darin liegt auch eine gewisse Gefahr. Diese Untersuchungsmethode ist ferner bei bettlägerigen Patienten nicht anwendbar und erfordert eine gute Be leuchtung (elektrische Lampe am Autoskop), so dass die Autoskopie eigentlich nur im Sprechzimmer des Arztes möglich.

Für die Diagnose bietet sie Vortheile bei Erkrankungen der hinteren Larynxwand; dagegen ist sie nicht zu verwerthen bei Motilitätsstörungen.

Eine Normalmethode für chirurgische Eingriffe könnte sie sein nur für Processe an der hinteren Larynxwand.

Der Vortheil der Oesophagoskopie machte sich in drei Fällen bemerkbar. In einem Falle von Narbenstenose gelang die Bougirung erst, nachdem dieselbe im Oesophagoskop eingestellt war; ferner wurde so ein ulcerirender Tumor oberhalb der Cardia gut sichtbar. In einem dritten Falle, in dem ein Fremdkörper verschluckt war, wies das Oesophagoskop nach, dass ein solcher nicht vorhanden war, dagegen eine oberflächliche Schleimhautverletzung.

Flatau: Rhinologische Mittheilungen.

F. zeigt einen $3^1/_2$ cm langen Rhinolithen, dessen Inhalt ein Fruchtkern ist. Er wurde einem fünfjährigen Mädchen entfernt, dem er Jahre lang in der Nase gesessen und das Septum durchbohrt hatte, so dass er in beiden Seiten der Nase sass. Der Stein bestand aus phosphor- und kohlensaurem Kalk, Spuren von Eisenoxyd und kohlensaurer Magnesia. —

Wenn er den Sinus maxillaris bei Empyem desselben von der vorderen Wand eröffnen will, so benutzt er einen, einem Locheisen ähnlichen, 6—10 mm weiten runden Hohlmeissel. Die Tamponade setzt er nicht lange fort, drainirt durch Einführung eines unten aufgeschlitzten Hartgummi-Ohrtrichters, der sich dann selbst hält und durch den der Patient selbst die Irrigation u. s. w. vornimmt.

Sitzung vom 20. December 1895.

Flatau stellt einen Pat. vor, der seit ca. 1 Jahre an übelriechender Naseneiterung, Abnahme des Appetits und der Körperkraft, Schwindel, Schwäche des Gedächtnisses, Missstimmung und blitzartigen Schmerzen im linken Arm litt. Die Ursache war ein Empyema antri Highmori sin. Am linken Oberkiefer fanden sich cariöse Wurzeln, oberhalb und unterhalb der linken unteren Nasenmuschel übelriechender Eiter, in dem die Sonde einen harten Körper entdeckt. Nach Entfernung des Eiters kommt man auf Granulationen; der Fremdkörper erweist sich als einen Theil der nekrotischen lateralen Nasenwand. Nach Eröffnung der Highmorshöhle von vorn her, zeigt sich die Schleimhaut mit Eiter und Granulationen bedeckt, die auch die laterale Wand der unteren Muschel überziehen und an der medianen Wand ein Defect. Die Beschwerden sind alle nach der Reinigung und Auskratzung der Höhle geschwunden.

Kuttner glaubt nicht, dass die schwere Störung des Allgemeinbefindens und die Sequestration an der seitlichen Nasenwand die Folge eines einfachen Empyems ist, dass vielmehr hier wahrscheinlich eine syphilitische Erkrankung eine Rolle spiele. Lues habe auch in einem ähnlichen von ihm beobachteten Falle vorgelegen.

Flatau konnte weder anamnestisch, noch objectiv Lues nachweisen, ebensowenig wie in einem schon vor einigen Jahren demonstrirten entsprechenden Falle.

E. Meyer stellt eine Patientin vor, bei der man, in geeigneter Stellung derselben, direct in den Kehlkopf sehen kann, wenn man die Zunge mit einem einfachen Spatel herunterdrückt.

G. Lewin demonstrirt einen Pat., der vor 4 Jahren Syphilis gehabt hat und jetzt an der Zungenspitze um eine flache Ulceration herum traubenförmige Wucherungen hat; G. hält dieselben nicht für specifisch.

Landgraf hält die Affection für ein mit Granulationen umgebenes specifisches Ulcus.

Lewin: Die Erhebungen sind zu gross, um vom Ulcus erzeugt zu sein; im Uebrigen müsse das Mikroskop entscheiden.

G. Lewin stellt dann einen Pat. mit Syphilis vor, dessen linkes Stimmband blutig unterlaufen und geschwollen ist und an dessen vorderem Ende man einen kleinen Tumor sieht, den L. für ein Knötchensyphilid anspricht.

Schötz glaubt, dass die Blutunterlaufung durch Husten, lautes Sprechen oder eine mechanische Verletzung entstanden sei und hält die kleine Geschwulst im Stimmbande für eine Cyste, während sie

Lewin dafür nicht durchsichtig genug ist; ausserdem habe sie sich unter einer antisyphilitischen Cur verkleinert.

Der 3. von Lewin vorgestellte Pat. zeigt eine Atrophia levis des Zungengrundes, der 4. eine gummöse Infiltration der Epiglottis. L. knüpft an

die Demonstration einige Bemerkungen über den syphilitischen Catarrh, den er nicht anerkennt, die breiten Condylome und gummöse Erscheinungen, die als kleine papilläre, knotige Excrescenzen, gummöse Infiltrationen und Gummiknoten vorkommen.

E. Meyer demonstrirt das Präparat des Kehlkopfes und der Luftröhre von dem in der Sitzung vom 15. Juli 1892 in der Gesellschaft vorgestellten Patienten, der in Folge einer Struma eine hochgradige Trachealstenose zeigte. Pat. ist am 20. 12. gestorben und die Section bestätigt die damalige Diagnose. Die Luftröhre weicht im oberen Theil nach links ab. An ihrer rechten Wand sitzt ein Strumaknoten, der von aussen die Wand durchwachsen hat und nun als daumenbreiter Tumor im Lumen erscheint. Dieser Stelle gegenüber wird die andere Seite durch einen aussen sitzenden Knoten ins Lumen hinein vorgewölbt, so dass dasselbe hier laryngoskopisch abgeschlossen zu sein schien. Aussen der Trachea aufsitzend finden sich einige fluctuirende Knoten. Die ins Lumen hineinragende Geschwulst macht auf dem Durchschnitt einen gutartigen fibrösen Eindruck.

Die Tracheotomie wurde seiner Zeit von den Chirurgen zurückgewiesen, weil die Struma sich continuirlich nach unten bis tief hinter das Sternum fortsetzte.

A. Rosenberg.

d) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Oktober 1895.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

Dr. Leonard Roper zeigte einen Fall von congenitaler Syphilis des weichen Gaumens, Rachens und Kehlkopfs bei einem 22jährigen Mädchen. Sie hatte sechs Monate vor der Demonstration ihre Stimme verloren, drei Jahre früher zeigten sich Geschwüre in der Oberlippe und Nase, welche mit Unterbrechung ein Jahr lang andauerten. Dann erschien Schwellung an ihrem rechten Arm, und gegenwärtig war bedeutende Verdickung des unteren Endes des Radius vorhanden. Die Epiglottis und Taschenbänder waren verdickt, und auch unterhalb der Stimmbänder einige Schwellung vorhanden. — Die allgemeine Ansicht der Mitglieder der Gesellschaft ging dahin, dass es sich nicht um Syphilis, sondern um Lupus handle.

Dr. Furniss Potter zeigte einen 28jährigen Mann mit tertiärer Syphilis des weichen Gaumen und des Kehlkopfs. Eine polypoide Neubildung hing von dem Stumpf der Epiglottis herab. Unter Jodkali war bedeutende Verbesserung eingetreten.

Dr. Seanes Spicer zeigte einen Fall von narbiger Verengerung der Nasenlöcher. — Mr. Butlin rieth zur Vornahme einer plastischen Operation, und Dr. Dundas Grant meinte, dass im Falle des Misslingens derselben die Columna gespalten und ein silberner Sattel eingeführt werden sollte, um die Lippe zu heben.

Mr. Charters Symonds zeigte zwei Fälle von Tuberkulose des Septum nasi bei einem 48jährigen Manne und einem 16jährigen Knaben. In beiden Fällen war keine Affektion der Lunge nachweisbar. Ferner zeigte Mr. S. einen 50jährigen Mann, dessen linkes Stimmband wegen Narbenstenose entfernt worden war. Wiederholt war vorher Tracheotomie und einmal sogar Thyreotomie vorgenommen worden. Alle Versuche die Canüle dauernd zu entfernen, misslingen wegen erneuerter Athembeschwerden. Im Februar dieses Jahres wurde der Schildknorpel wiederum gespalten und das linke Stimmband nebst seinen Muskeln entfernt. Im September wurde die Trachealfistel geschlossen; der Patient kann jetzt gut athmen und seine Stimme gewinnt an Kraft.

Dr. W. Hill zeigte eine Patientin mit Empyem der Stirnhöhle, die er schon früher demonstrirt hatte. Seit der Demonstration hatte er den Sinus geöffnet und das Infundibulum dilatirt, hatte es aber bisher unmöglich gefunden, erfolgreiche Drainage zu etabliren. — Dr. Tilley und Mr. Baber empfahlen, dass die Methode breiter Eröffnung und nachfolgender Ausfüllung der Höhle mit Granulationsgewebe von unten her in Verwendung gezogen werden sollte.

Dr. Kanthack zeigte folgende Präparate: 1. Kehlkopfkrebs, 2. Rachenkrebs, 3. diffuse papillomatöse Hyperplasie der Kehlkopfschleimhaut bei einem Kinde, und 4. Nekrose und Ulceration der Epiglottis in einem Falle von Abdominaltyphus.

Der Präsident zeigte folgende Präparate: 1. ungewöhnlich grosse Nasenpolypen, die aus dem rechten Nasenloche eines 19jährigen jungen Menschen entfernt worden waren, 2. tuberculöse Ulceration des weichen Gaumens, der Uvula, der rechten Tonsille und des Kehlkopfs, 3. ein enormes Kehlkopfpapillom aus praelaryngoscopischer Zeit, 4. ein ächtes Myxom des Kehlkopfs, und 5. syphilitische Endotracheitis. (Details in den „Proceedings“ der Gesellschaft).

Sitzung vom 13. November 1895.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

Der Vorsitzende zeigte ein microscopisches Präparat des Kehlkopfmyxoms, welches er in der vorhergehenden Sitzung demonstrirt hatte. Der Tumor bestand aus einem offenen Netzwerk delicater Fibrillen, zwischen welchen eine beschränkte Anzahl von vielförmigen Zellen liegen, von denen feine Fortsätze ausgehen, welche das Netzwerk konstituiren. Er ist mässig gefässreich und mit normalem schuppenförmigem Epithel bekleidet.

Dr. J. B. Ball: Lähmung des linken Stimmbands.

Obscurer Fall von vollständiger Lähmung des linken Stimmbands bei einem 36jährigen Buchhalter. Der Patient war vor acht Jahren syphilitisch gewesen, doch konnte keine intrathoracische oder centrale Ursache für die Lähmung entdeckt werden. In der Discussion erwähnten Dr. de Havilland Hall, Dr. Bronner und der Vorsitzende ähnliche Fälle, und letzterer rieth speciell solche

Fälle obscurer Lähmungen womöglich nicht aus den Augen zu verlieren, und seiner Zeit nach einer Obduction zu streben. Auch solle man in ihnen niemals die Untersuchung auf das Vorhandensein der Reflexe vernachlässigen.

Mr. Bowlby: Ein Fall von Kehlkopfstenose infolge typhöser Laryngitis.

Der Patient war ein 18jähriger Bursche. Die Kehlkopfcomplication trat gegen Ende des acuten Anfalls auf. Der ganze Kehlkopf war stark geschwollen, die Stimmbänderbewegung durchaus beschränkt, Glottisöffnung stark reducirt, leichte Ulceration des hinteren Endes des linken Stimmbands, starker Stridor, Cyanose, Einziehung der Brustwände. Die sofortige Vornahme der Tracheotomie war indicirt. Dieselbe brachte sogleich Erleichterung, doch war es trotz aller späteren Dilatationsversuche des Kehlkopfs unmöglich, die Canüle dauernd zu entfernen: die Stimme dabei fast normal. Gegenwärtig ist der ganze Kehlkopf in der subglottischen Region verdickt, das linke Stimmband fixirt und das rechte bewegt sich nur unbedeutend. Der Patient wünscht dringend eine Operation, um womöglich ohne Canüle zu existiren, und der Vortragende bringt den Fall vor die Gesellschaft, um ihre Meinung darüber zu hören, ob es räthlich sei, das linke Stimmband mit benachbarter Schleimhaut und Narbengewebe zu diesem Zwecke zu exicidiren.

In der Discussion berichtete Dr. Scanes Spicer den weiteren Verlauf eines ähnlichen Falls, den er ein Jahr vorher der Gesellschaft vorgestellt hatte. Die damals angerathenen Dilatationsversuche mit Whistler'schen und Schrötter'schen Röhren waren vergeblich geblieben. Der Kehlkopf war geöffnet und eine Portion Schleimhaut entfernt worden. Darauf war eine Intubationsröhre eingeführt und längere Zeit in situ belassen worden. Sobald sie aber entfernt wurde, trat von Neuem Dyspnoe auf, und der Patient musste wiederum zur Tracheotomiecanüle seine Zuflucht nehmen. — Dr. Dundas Grant berichtete von einem ähnlichen Falle. — Mr. Symonds erinnerte dagegen an den von ihm in der letzten Sitzung gezeigten Fall. — Der Präsident gedachte eines ähnlichen Falls, in dem die Thyreotomie mit Excision von Narbengewebe gegen seinen Rath ausgeführt worden, das Resultat aber äusserst befriedigend gewesen war. — Mr. Bowlby bemerkte zum Schluss, dass er das pro und contra der Operation dem Patienten vorlegen und ihn selbst die Entscheidung treffen lassen würde.

Mr. Bowlby: Ein Fall für Diagnose.

Der vorgestellte Patient hatte eine Schwellung an der linken Seite des Halses unmittelbar zur Seite des Kehlkopfs und eine korrespondirende schwärzliche Masse unterhalb der Glottis ebenfalls an der linken Seite.

Mr. Butlin hielt die äussere Schwellung entweder für eine hoch gelegene Schilddrüsencyste oder für eine tiefgelegene Hyoidcyste. Die innere Masse sehe verdächtig aus, doch rieth er zunächst den Erfolg einer kräftigen Ausreibung mit einem Pinsel zu versuchen, da es sich um eingedickten Schleim handeln könne.

Der Präsident sprach sich sehr bestimmt für letztere Wahrscheinlichkeit aus und berichtete einen vor vielen Jahren von ihm im Throat-Hospital in Golden

Square gesehenen Fall, in welchem sich schwärzliche Massen, die zuerst für Angiome gehalten wurden, schliesslich nur als eingedickter Schleim entpuppten.

Dr. A. Bronner: Microscopisches Präparat eines haemorrhagischen Myxoms der Zungentonsille bei einer an Albuminurie leidenden Patientin.

Die Kranke war eine 35jährige Frau, die seit acht Tagen an Schlingbeschwerden und blutiger Expectoration gelitten hatte. Auf der rechten Seite der Zungentonsille befand sich ein etwa wallnussgrosser Tumor, der sich nach drei Tagen spontan ablöste. Derselbe war in eine dicke Kapsel mit concentrischen Schichten eines rothen Gewebes eingeschlossen. Gegenwärtig ist noch der Stumpf der Neubildung an der rechten Seite der Zungentonsille zu sehen.

Dr. Pegler meinte, dass die Neubildung aus adenoidem, lymphadenomatösem und fibrösem Gewebe bestände, er könne kein myxomatöses Gewebe in ihr erkennen.

Dr. William Hill: Ein Fall von Neubildung des Gewebes nach Entfernung der unteren Muschel entlang dem unteren Rande.

Die Patientin, eine 21jährige Frau, hatte an hochgradiger Obstruction des linken Nasenlochs gelitten, und der Vortragende hatte vor sechs Monaten die ganze untere Muschel entfernt. Nach der Operation bildeten sich Granulationen entlang dem unteren Rande der Muschel. Diese organisirten sich, und das linke Nasenloch zeigte gegenwärtig eine Regeneration des Gewebes, welche ihrem Ansehen nach eine weisse untere Muschel von Durchschnittgrösse vortäuschte. Das Resultat war gegenwärtig vorzüglich und widersprach der von manchen Seiten ausgedrückten Befürchtung, dass Entfernung einer Muschel zu atrophischen Veränderungen in der Nase führe.

Dr. Pegler bemerkte, dass die Neubildung ihm als ein beweglicher Körper erschiene, welcher mit der Sonde zurückgeschoben beinahe das Septum berühre und eine frische Quelle von Obstruction freier Nasenathmung auf der linken Seite darstelle. Er könne keine Regeneration des Schwellgewebes der Muschel vor oder hinter diesem Körper erkennen; derselbe sei seiner Ansicht nach deutlich oedematös, und falls sich Dr. Hill entschlösse ihn abzuschnüren, so würde er gern das Resultat der microscopischen Untersuchung erfahren. — Dr. Hill antwortete, dass er das Aussehen des regenerirten Gewebes keineswegs als oedematös betrachten könne; er glaube vielmehr, dass sich das Granulationsgewebe in Drüsengewebe umgeändert hätte, welches von Schleimhaut bedeckt sei und hielt es auch für möglich, dass auch das Gefässsystem sich regenerirt hätte.

Dr. A. A. Kanthack: Pathologische Präparate.

1. Typhöses Kehlkopfgeschwür.

Ein grosses Geschwür eben unterhalb des linken Processus vocalis, Perichondritis; eine Sonde passirt leicht bis zum oberen Rande des Ringknorpels.

2. Diffuse papillomatöse Hypertrophie der Kehlkopfschleimhaut.

Das Kind, von dem dieses Präparat stammt, ging plötzlich asphyctisch zu Grunde. Der ganze Kehlkopf ist von dichten papillomatösen Neubildungen ausgefüllt, die sich nach unten bis unterhalb der Tracheotomiewunde erstrecken. Die microscopische Untersuchung erweist Uebergänge des Epithels von dem einfachen säulenförmigen Typus durch den mehrfach geschichteten säulenförmigen Typus hindurch bis zum schuppenförmigen oder epidermoidalen Typus.

3. Empyem der Highmorshöhle.

Die Schleimhaut des Antrum ist stark verdickt und zeigt eine dicke polypoide Masse, welche sich in die erweiterte Höhle hineinerstreckt. Vorn in der Alveolarplatte ist eine Oeffnung, durch welche während des Lebens das entzündliche Secret einen leichten Ausfluss in das subcutane Zellgewebe der Backe gefunden haben muss.

Percy Kidd: Pachydermie der Interarytaenoidfalte.

Die 33jährige Patientin hat seit sieben bis acht Jahren an Heiserkeit gelitten. Die Interarytaenoidfalte ist deutlich geschwollen und röthlich grau verfärbt. In der Schwellung befindet sich ein unregelmässiger Spalt. Beide Stimmbänder sind verdickt, und die Bewegungen des rechten vermindert. Keine syphilitische Geschichte. Die Behandlung hat in Jodkali und der Lokalapplication der Mandl'schen Jodlösung und einem Milchsäure-Spray bestanden. Im Ganzen ist eine leichte Abnahme der Schwellung zu verzeichnen, doch ist die Stimme unverändert schwach.

Mr. Butlin hielt den Fall für tuberkulös und rieth zur Entfernung eines Stücks behufs microscopischer Untersuchung, eventuell empfahl er die Application des Galvanocauters. Dr. Bronner hatte einen ähnlichen Fall galvanocaustisch behandelt, was aber nur zur Verschlimmerung des Zustandes geführt hatte; sodann hatte er ein Stück mit der Zange entfernt, worauf geringe Verbesserung erfolgte. — Mr. Charters Symonds hielt den Fall ebenfalls für tuberkulös und rieth zur Anwendung von Curette und Milchsäure. — Dr. Tilley erinnerte an den von ihm vor sechs Monaten demonstrirten Fall. Die in ihm eingeschlagene Milchsäure-Behandlung hatte keine Verbesserung erzielt, dagegen hatte sich die Stimme sofort gebessert, nachdem er die Patientin curettirt hatte, doch schrieb er einen Theil der Verbesserung auch darauf, dass die Patientin den Alkoholgenuss aufgegeben hat. — Der Präsident erinnerte im Anschluss an die letzte Bemerkung, dass die Pachydermie des Kehlkopfs ursprünglich von Hühnermann speciell bei Kehlköpfen von Säufern gefunden worden sei. — Dr. Scanes Spicer betrachtete diesen Fall als einen gewöhnlichen entzündlichen Process und machte darauf aufmerksam, dass im vorliegenden Falle der Pharynx und die Mandeln ebenfalls verdickt seien. — Dr. Dundas Grant frug, ob Electrolyse versucht sei. — Dr. Kidd antwortete, dass er den Fall nicht für tuberkulös halte, doch wolle er ein Stück mit der Curette entfernen und microscopisch untersuchen. Obwohl keine bestimmte Alkoholanamnese vorliege, so sei die Patientin ein Schenkmädchen. Er selbst hielt diese Fälle für eine localisirte Hypertrophie.

Dr. Percy Kidd: Präparat einer syphilitischen Ulceration der Trachea mit Narbenstenose der beiden Hauptbronchien.

Präparat eines Falles, welcher der Gesellschaft in einer früheren Sitzung demonstrirt worden war. Der Titel giebt den Hauptbefund der Obduction wieder.

Dr. Edward Law: Lupus des Pharynx und Larynx.

Ein typischer Fall bei einem 10jährigen Knaben.

Dr. Edward Law: Obstruction der Nase in Folge von Verbiegung des Septums und anderen Ursachen.

Der Patient, ein 17jähriger Bursche, leidet an hochgradigster Obstruction der Nase, in Folge von starker Verbiegung des Septums nach links mit einer grossen Leiste nah der Basis. Knöcherne Verdickung der rechten mittleren Muschel, welche auf die concave Seite des Septums drückt, grosse Quantitäten von adenoiden Vegetationen und polypoide Hypertrophie der hinteren Enden der unteren Muscheln, welche die Choane vollständig ausfüllen. Die Beschwerden sind gross und der Vortragende frägt um Rath, in welcher Weise er vorgehen solle.

Dr. Tilley empfahl, dass zunächst die Leiste an der linken Seite des Septums und dann die Hypertrophie des hinteren Endes der linken Muschel mittelst des Jones'schen Turbinotoms entfernt werden sollte, ein Rath, dem sich Dr. Dundas Grant anschloss. — Dr. Hill schlug eine Modification dieses Verfahrens mit Zuhülfenahme der Schlinge vor. — Dr. Law selbst aber meinte, dass es empfehlenswerther sei, zunächst die Hypertrophie der hinteren Enden und den vorspringenden Theil der rechten mittleren Muschel zu entfernen, ehe er die Deformität des Septums zu beseitigen versuche: erst wenn dies nicht ausreiche die Obstruction zu verringern, wolle er die Leiste entfernen.

Dr. Scanes Spicer: Verdächtige Geschwulst am linken Stimmbande eines 54jährigen Mannes.

Der Patient hatte seit zwei Jahren an Heiserkeit gelitten. In der Mitte des linken Stimmbands befand sich eine dunkelrothe runde Geschwulst, das linke Stimmband bewegte sich nach Ansicht des Vortragenden etwas träge. Obwohl keine anderen Zeichen für Malignität vorhanden waren, so hielt Spicer die Geschwulst doch für verdächtig.

Dr. Percy Kidd hielt die Neubildung für ein Angiom. — Der Präsident und Mr. Butlin riethen zur intralaryngealen Entfernung und mikroskopischen Untersuchung der Neubildung. Beide hielten die Geschwulst für verdächtig, meinten aber, dass sie wahrscheinlicher fibröser als maligner Natur sei. — Der Präsident benutzte diese Gelegenheit, um eines kürzlich in seiner Praxis vorgekommenen Falls zu gedenken, in welchem sich wenige Monate nach der radicalen Entfernung einer unzweifelhaft bösartigen Neubildung in der vorderen Commissur mittelst Thyreotomie eine rothe, runde Geschwulst im Centrum der durch die Operation gesetzten Wunde entwickelt hatte. Die intralaryngeale Entfernung und mikroskopische Untersuchung der Neubildung zeigten auf das Unzweideutigste,



dass es sich nicht um ein Recidiv, sondern um ein Granulom handelte. Da der Präsident eine ähnliche Erfahrung bereits früher gemacht hatte, hielt er es für seine Pflicht nachdrücklich darauf zu verweisen, dass man nicht jede in der Narbe einer früheren bösartigen Neubildung neu entstehende Geschwulst ohne Weiteres als ein Recidiv ansehen dürfe.

Mr. W. R. H. Stewart: Oesophaguskrebs bei einem 23jährigen Mädchen.

Der ungewöhnliche Umstand bei diesem im Uebrigen typischen Fall (der Krebs befand sich in der Höhe der Arytaenoidknorpel und war sicht- und fühlbar) besteht in dem jugendlichen Alter der Patientin.

Mr. Butlin erwähnte in der Discussion, dass er ebenfalls kürzlich einen Fall bei einem 24jährigen Mädchen gesehen habe.

Mr. E. Stabb: Circulärer Kropf mit hochgradiger Obstruction des Pharynx.

Im Oesophagus eines 16jährigen Burschen erschien unmittelbar unterhalb der Epiglottis eine grosse, runde, rothe, von normaler Schleimhaut überzogene Masse, welche den Einblick in deu Kehlkopf vollständig verwehrte. (Wie die nach der Operation vorgenommene Untersuchung ergab, handelte es sich in der That um einen ringförmigen Kropf, welcher die Pharynxschleimhaut vorgewölbt hatte.)

Dr. Clifford Beale: Ein Fall für Diagnose: Tuberculose oder Krebs?

Der Patient war ein 47jähriger Seemann, der seit zwei Jahren an chronischer tuberculöser Infiltration der einen Lungenspitze und seit vier Monaten an stetig zunehmendem Stimmverlust gelitten hatte. Das Lungenleiden hatte einen sehr schleppenden Verlauf genommen, und es war nur wenig Abmagerung vorhanden. Die Stimme war nicht völlig aphonisch, nach einigem Stimmgebrauch aber konnte der Patient nur heiser flüstern. Unmittelbar unterhalb des linken Taschenbandes befand sich eine entzündlich aussehende fleischige Prominenz, welche aus dem Ventrikel zu kommen schien, und das linke Stimmband, welches unregelmässig verdickt schien, theilweise bedeckte. Als der Patient unter Beobachtung kam, bewegte sich die linke Kehlkopfhälfte fast gar nicht bei der Phonation. Die äussere Palpation liess eine kleine vergrösserte Drüse nahe dem Kehlkopf entdecken. Während der Beobachtung verbesserte sich der Zustand beträchtlich, ohne jede Localbehandlung. Besonders wurde die Beweglichkeit der linken Seite besser, die vergrösserte Drüse war nicht mehr zu fühlen, und die innere Schwellung verlor theilweise ihren entzündlichen Charakter, obwohl sie sich in ihrer Grösse kaum änderte. Nach der Ansicht des Vortragenden deute diese Verbesserung, welche sich pari passu mit einer ähnlichen Verbesserung in den Lungen vollzog, auf die Wahrscheinlichkeit hin, dass das Kehlkopf- sowohl wie das Lungenleiden tuberculöser Natur sei.

In der Discussion sprach Mr. Butlin sich dahin aus, dass er ganz unsicher hinsichtlich der Diagnose sei. — Der Präsident meinte, dass auch jetzt noch



die Bewegungen des linken Stimmbandes nicht frei seien, und dass nach dem laryngoskopischen Bilde zu schliessen, der Verdacht auf Bösartigkeit beträchtlich sei. Er rieth zum Gebrauch von Jodkalium. — Dr. de Havilland Hall hatte einen ähnlichen Fall gehabt, der sich als unzweifelhaft tuberculös herausstellte.

Dr. Dundas Grant: Geschwulst der Submaxillardrüse (in Folge eines Speichelsteins).

Der Patient war ein 15jähriger Knabe, der Fall war einfach typisch.

In der Discussion erwähnte Mr. Spencer eines ähnlichen Falles, in welchem beim Aufschneiden des Ganges keine Steine gefunden wurden, und erst nach Excision der ganzen Drüse sich eine Anzahl von ganz kleinen Concrementen zeigte.

Sitzung vom 11. December 1895.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

Mr. Creswell Baber (Brighton): Papillom der Nase.

Weitere Beschreibung des in der Sitzung vom 10. April 1895 gezeigten Falls, und Demonstration der microscopischen Präparate der Geschwulst nach deren Entfernung. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um ein echtes Papillom gehandelt hatte. — In der Discussion berichtete Mr. de Santi über einen ähnlichen von ihm ebenfalls der Gesellschaft gezeigten Fall, und Dr. Hill constatirte, dass nunmehr drei Fälle von echtem Papillom des Septums vor der Gesellschaft demonstrirt worden seien, welche sämmtlich von einem Punkte nahe am Eingang der Nase ausgegangen seien.

Dr. J. B. Ball: Kehlkopfpolypen.

Es handelte sich um einen kleinen gestielten und sehr beweglichen Tumor, der vom linken Stimmbande ausging. Derselbe wurde allseitig als ein weiches Fibrom angesprochen.

Dr. Clifford Beale: Pathologische Präparate tuberkulöser Infiltration des Rachens und der Zunge.

Demonstration der Präparate, an denen besonders das tiefe Eindringen der Geschwüre in die Muskelsubstanz der im Titel genannten Theile bemerkenswerth war.

Dr. Bennett (Leicester): Microscopisches Präparat eines Rundzellensarcoms der Schilddrüse.

Demonstration des Präparats.

Mr. L. Lawrence: Nasenrachen- und Nasenpolypen.

Die Patientin war ein kräftiges 20jähriges Mädchen, das seit Jahresfrist zunehmende Verstopfung beider Nasenhälften bemerkt hatte. Die Nase selbst war beiderseitig vollständig verstopft durch gewöhnliche Schleimpolypen. Im Nasenrachenraum fand sich eine grosse, hauptsächlich rechts gelegene Geschwulst-

masse, welche auf den weichen Gumen drückte, doch war der Raum nicht völlig obstruirt. Die hintere Geschwulst ist roth und ziemlich hart, spontane Blutung hat nie stattgefunden, die Patientin ist nicht abgemagert, keine Vergrösserung der Lymphdrüsen im Halse.

Mr. de Santi rieth zur Spaltung des weichen Gaumens. — Mr. Creswell Baber hielt die Geschwulst des Nasenrachenraums für nichts anderes als eine Ausdehnung der Nasenpolypen in dem Nasenrachenraum, und meinte, dass sie leicht mittelst der Schlinge entfernt werden könne, der Draht derselben solle nicht zu biegsam sein. — Mr. Spencer war der Ansicht, dass für den Fall, dass diese Operation nicht ausführbar sei, Löwenberg's Zange versucht werden solle. — Dr. Dundas Grant rieth zum Gebrauch einer gewöhnlichen Polypenzange. — Dr. Permewan schloss sich vollständig der Ansicht Mr. Baber's an, und berichtete von einem ganz ähnlichen Falle, den er kürzlich in der von Baber angegebenen Weise geheilt habe. — Mr. Waggett hatte gefunden, dass diese Nasenrachenpolypen gewöhnlich cystischer Natur seien, eine Erfahrung, die von Dr. Scanes Spicer bestätigt wurde. — Mr. Lawrence erklärte, dass er hoffe, den Polypen mit der Schlinge entfernen zu können.

Mr. de Santi. Präparate tuberkulöser Ulceration der Trachea, des Larynx und des Pharynx.

Die Fälle von denen die Präparate stammten, waren gleichzeitig in Dr. de Havilland Hall's Klinik im Westminster Hospital beobachtet worden.

In der Discussion erwähnte Dr. Hall, dass er noch einen weiteren Fall von Rachentuberkulose gegenwärtig in Behandlung habe, und dass es ungemein selten sei, drei Fälle von Rachentuberkulose gleichzeitig in einem Krankensaal unter Beobachtung zu haben.

Dr. Felix Semon. Ein Fall für Diagnose.

Der Patient, ein 35jähriger Herr, war dem Vortragenden von Dr. H. J. Lotz aus West-Australien gesandt worden. Er hatte seit 20 Jahren an Heiserkeit gelitten; vor vier Jahren war einer der Testikel wegen Sarcoms entfernt worden, doch war die Richtigkeit dieser Diagnose später angezweifelt worden. Vor fünfzehn Monaten hatte er sich von neuem erkältet und danach an Trockenheit des Halses und morgendlichem Husten gelitten; auch wurde während zwei bis drei Monaten gelegentlich etwas Blut ausgehustet. Ein Specialarzt in Adelaide constatirte zu der Zeit Verdickung der Stimmbänder. Allmälig verstärkte sich die Heiserkeit, und schliesslich trat fast vollständige Aphonie ein. Der Kranke consultirte einen anderen Specialisten in Adelaide im August 1895. Derselbe fand eine Geschwulst im Kehlkopf, und entfernte ein Stück behufs diagnostischer Zwecke, doch war dasselbe zu klein für microscopische Untersuchung. Bis dahin hat der Patient niemals Schmerz oder Unbequemlichkeiten im Kehlkopf gehabt. Drei Monate später erkältete er sich von Neuem, der morgendliche Husten nahm zu, und der Hals fühlte sich wund an. Bei der laryngoscopischen Untersuchung fand Dr. Lotz Congestion der Kehlkopfschleimhaut. Das linke Taschenband war geschwollen, besonders im vorderen Theile, und zeigte hier einen kleinen Aus-

wuchs von derselben Farbe wie die benachbarte Schleimhaut. Das rechte Stimmband war sehr stark ulcerirt; das linke Stimmband zeigte keine Ulceration, seine Beweglichkeit war etwas verringert. Auf der linken Seite der Kehlkopfoberfläche der Epiglottis fand sich ein schmaler Streifen oberflächlicher Ulceration. Aussen waren die Drüsen in der Nachbarschaft des Kehlkopfs etwas vergrössert. Der Patient nahm auf Dr. Lotz's Anordnung Jodkali in grösseren Dosen, und unter dieser Behandlung gewann er an Gewicht und fühlte sich viel besser; auch verbesserte sich seine Stimme. In den Lungen war nichts Anomales zu entdecken. Das Sputum ist wiederholt auf Bacillen untersucht worden, aber ohne Resultat. Für Syphilis waren keine Anzeichen vorhanden. Dr. Lotz war nicht im Stande zu entscheiden, ob es sich um Tuberkulose oder Syphilis handle, und sandte den Patienten daher zum Vortragenden. Als derselbe den Kranken untersuchte waren nur noch Ueberbleibsel der von Dr. Lotz beschriebenen Verhältnisse zu sehen, ausgenommen den Zustand des linken Taschenbands, welches noch jetzt den von ihm beschriebenen Auswuchs aufwies, der genau so aussieht wie die Schleimhaut des Taschenbands selbst. Die Ulceration des rechten Stimmbands hatte sich ungemein verbessert; die Beweglichkeit des Stimmbands war gut. An der Epiglottis waren statt der Ulceration an der linken Seite zwei Flecken weisser Verfärbung zu sehen. Das linke Stimmband war noch etwas geschwollen, die Stimme viel besser. Der Patient hatte die ganze Zeit über Jodkalium genommen. Die Fragen, um die es sich handelte, waren folgende: 1) Ist die Affection tuberkulös oder syphilitisch? 2) Hat sie etwas mit dem vor vier Jahren entfernten angeblichen Sarcom zu thun? 3) Was ist die Natur des Auswuchses am linken Taschenbande?

Dr. Scanes Spicer meinte, dass die lebhafte Röthung der Theile auf Syphilis hindeutete. Dr. Poore lenkte die Aufmerksamkeit darauf, dass das linke Stimmband sich auch jetzt nicht ordentlich bewege. — Dr. Hill meinte, dass die Affection nicht tuberculös sei und ihn an die ulcerirende Laryngitis denken liesse, welche in manchen Theilen von Europa zur Beobachtung käme; freilich seien in diesem Falle keine Krusten vorhanden. — Der Vortragende sagte zum Schlusse, dass er selbst noch zweifelhaft hinsichtlich der Diagnose sei: die Epiglottis sähe nach Syphilis, das rechte Stimmband nach Tuberculose und das linke Taschenband — er wisse selbst nicht nach was aus.

(Erneute Untersuchung des Sputums hat seither den tuberculösen Charakter des Leidens erwiesen. F. S.)

Mr. W. G. Spencer: Ein Fall von Kehlkopfstenose.

Die Patientin, eine 53jährige Frau, stand früher unter der Behandlung von Dr. de Havilland Hall, welcher chronische Laryngitis als secundäre Folge hypertrophischer Rhinitis fand, letztere wurde geheilt, der Zustand des Kehlkopfs aber verbesserte sich nicht. Gegenwärtig besteht extreme Kehlkopfstenose, so dass bei tiefster Inspiration die Glottis an der weitesten Stelle nicht mehr als 2 mm weit ist. Zwischen den Giessbeckenknorpeln befindet sich an der Vorderfläche des Ringknorpels eine harte Masse. Die Patientin hat wiederholt Anfälle von Dyspnoea gehabt, sie ist mit Milchsäure in zunehmender Stärke bis zu Application mit reiner Säure behandelt worden. Sollten operative Maassregeln nothwendig werden, so

ist Excision der Stimmbänder in Aussicht genommen. Bis jetzt aber sind die Indicationen nicht schwer genug gewesen, um diese Operation, die nicht nur bedenklich, sondern auch von zweifelhaftem Nutzen ist, auszuführen. Nach Ansicht des Vortragenden würde die Gefahr vorliegen, dass das Kehlkopfgerüst nach derselben einsinkt. Kleinere Operationen, wie Application des Galvanocauters oder der Curette würden voraussichtlich nur zur weiteren Verengerung führen. Die Krankheit ist gegenwärtig stationär. Augenscheinlich hat eine fibröse Veränderung die Interarytänoidfalte, das Perichondrium und wahrscheinlich auch die Nervenfasern der Glottiserweiterer ergriffen.

Dr. de Havilland Hall bemerkte, dass die Patientin mit Unterbrechungen seit 12 Jahren unter seiner Behandlung gestanden habe. Ursprünglich hatte sie an chronischer Laryngitis mit subacuten Exacerbationen gelitten. Zu jener Zeit sei beträchtliche Nasenstenose in Folge hypertrophischer Rhinitis vorhanden gewesen. Seiner Ansicht nach war die chronische hypertrophische Laryngitis resp. Fibrosis des Kehlkopfs die Folge der behinderten Nasenathmung. — Der Präsident ersuchte Dr. Hall um weitere Erklärung dieser Ansicht. Ihm sei es vollständig unverständlich, wie ein derartiges Kehlkopfleiden auf eine Nasenstenose zurückgeführt werden könne. Wenn etwas derartiges überhaupt möglich sei, warum sehe man es nicht häufiger unter gleichen Verhältnissen? — Dr. Scanes Spicer stimmte mit Dr. Hall darin überein, dass als ein allgemeines Princip chronische Nasenstenose und die aus ihr resultirende Mundathmung einen ungünstigen Einfluss auf die Schleimhaut des Kehlkopfs, der Trachea und der unteren Luftwege ausübe, indem sie congestive und entzündliche Zustände producire und vielleicht erhalte. Er glaube, dass im vorliegenden Falle die von Dr. Hall constatirte Nasenstenose einen ungünstigen Einfluss ausgeübt habe und mit Recht hervorgehoben worden sei. In Bezug auf den gegenwärtigen Zustand der Patientin rieth er zum Curettement (mit Krause's doppelter Kehlkopfcurette) der hypertrophischen oder pachydermatösen Masse an der hinteren Kehlkopfwand, womöglich sofort, jedenfalls aber bei der geringsten Zunahme der Kehlkopfstenose. — Der Präsident erklärte, er müsse noch einmal auf seine Frage zurückkommen, wie viele solcher Fälle entweder von Dr. Hall oder Dr. Scanes Spicer beobachtet worden seien, in welchen eine derartige extreme Kehlkopfstenose durch Obstruction der Nase verursacht worden sei und wie sich beide Herren das Zustandekommen der Kehlkopfenge pathologisch dächten? — Ihm sei dies auch nach Dr. Scanes Spicer's Auseinandersetzung völlig unerklärlich. Kein verständiger Mensch würde leugnen, dass chronische Nasenstenose und resultirende Mundathmung einen ungünstigen Einfluss auf bestehende Entzündungszustände im Rachen, Kehlkopf und den unteren Luftwegen ausübten; zwischen diesem Zugeständniss aber und der Annahme, dass eine so extreme Verdickung des Kehlkopfs durch eine mittlerweile längst beseitigte Obstruction in der Nase bedingt werden könne, sei ein himmelweiter Unterschied. Er käme deswegen so hartnäckig auf diese Frage zurück, weil es gegenwärtig in manchen specialistischen Kreisen vollständig Mode geworden sei, für jede entzündliche Veränderung im Kehlkopf die Nase verantwortlich zu machen und weil er durchaus nicht zugeben könne, dass chronische entzündliche Veränderungen im Kehlkopf nicht völlig selbstständig und ohne

jeden Einfluss der Nase zu Stande kommen könnten. — Mr. Creswell Baber war ebenfalls der Ansicht, dass keine Nasenobstruction mechanisch eine solche Veränderung im Kehlkopf produciren könne, wie die in diesem Falle gesehene. Möglicherweise seien die entzündlichen Zustände im Kehlkopf und in der Nase ähnlichen Charakters gewesen. — Dr. Dundas Grant, der sich als einen grossen Anhänger des Einflusses von Nasenobstruction auf das Zustandekommen von Kehlkopfkrankheiten bekannte, erklärte, dass er trotzdem nicht eine hypertrophische Rhinitis als ausreichend für die Erzeugung solcher hochgradiger Verengerung betrachten könne, wie sie in diesem Falle vorläge; er habe ähnliche Zustände nasalen Erkrankungen folgen sehen, aber nur nasalen Erkrankungen eitriger Natur, speciell Abscessen in den Keilbein- oder anderen Nebenhöhlen, deren septische Producte das Innere des Kehlkopfs inficirt und schwere entzündliche Zustände bedingt hätten. — In ganz ähnlichem Sinne äusserte sich Dr. W. Hill. — Dr. Permewan konnte ebenfalls den Beweis durchaus nicht als genügend betrachten, dass dieses Kehlkopfleiden secundär einer Nasenkrankheit gefolgt sei. Er bedauerte die gegenwärtige Tendenz, dem Kehlkopf die Möglichkeit primärer Erkrankung abzusprechen. Seiner Ansicht nach handelte es sich im vorliegenden Falle um eine Infiltration nicht nur in der Schleimhaut, sondern auch unter dem Perichondrium und er meinte, dass Anchylose der Cricoarytänoidgelenke in Folge von Arthritis vorhanden sei. — Dr. St. Clair Thomson frug, ob chronischer Alcoholismus als mögliche Ursache ausgeschlossen sei, und ob die klassische Behandlungsweise von Höllensteinapplicationen und Salzwasserspray in Anwendung gezogen worden sei. — Dr. de Havilland Hall erwähnte in Beantwortung von Dr. Hill's Frage, dass ursprünglich kein acuter Anfall von Laryngitis vorhanden gewesen sei. — Mr. Spencer bemerkte schliesslich, dass er den Fall zum ersten Male vor drei Jahren gesehen habe; er hielt es für möglich, dass ein eitriger Catarrh, wie von Dr. Dundas Grant erwähnt, Verdickung des Perichondriums zur Folge gehabt habe, der Fall sei jetzt seit drei Jahren stationär geblieben. Eine Anamnese von chronischem Alcoholismus sei nicht vorhanden und Argentum nitricum sei ohne Erfolg versucht worden. Curettement würde seiner Ansicht nach mehr schaden als nutzen.

Mr. Ewen Stabb: Ein Fall von Kropf nach der Operation.

Demonstration des in der letzten Sitzung gezeigten Patienten nach der Operation. Nicht nur der äussere Tumor, sondern auch die im Oesophagus gesehene Geschwulst waren vollständig verschwunden.

Mr. W. R. H. Stewart: Ein grosses Fibrom des Septum nasi.

Der Patient war ein 50 bis 60jähriger Mann, der wegen completer Verstopfung der Nase und gelegentlicher Blutung im Mai letzten Jahres nach dem Hospital des Vortragenden kam. Vor 44 Jahren erinnerte er sich einen heftigen Schlag gegen die Nase bekommen zu haben. Vor 25 Jahren fing die Verstopfung der Nase an. Obwohl er einen Arzt consultirte, so geschah nichts, bis endlich die Verstopfung in beiden Seiten eine vollständige war. Die Nase war links beträchtlich vorgetrieben; bei der Untersuchung zeigte sich ein grosser Tumor, der nach vorn

etwas aus dem Nasenloch hervorragte, und hinten den Nasenrachenraum füllte. Ein kleines zum Zwecke microscopischer Untersuchungen entferntes Stück wies fibrösen Bau auf. Es wurde zuerst versucht, die Geschwulst unter einem Anästheticum mit dem Ecraseur zu entfernen, doch war es unmöglich, die Schlinge zwischen das Dach des Nasenrachenraums und den Tumor zu bringen. Weitere Digitalexploration schien zu zeigen, dass der Tumor von der Schädelbasis ausginge. Eine Woche später vollführte Mr. Macready auf Mr. Stewart's Ersuchen nach einer präliminären Tracheotomie temporäre Resection des Oberkiefers auf der linken Seite, und exstirpirte die Geschwulst mit einiger Schwierigkeit, da der hintere Knoten durch atmosphärischen Druck in einer runden Aushöhlung in der Schädelbasis festgehalten wurde. Die Geschwulst maass in frischem Zustande $2 \times 2^1/_8 \times 1^5/_8$ Zoll, und zeigte, dass sie von einem sehr kleinen Stiele von einem Vorsprung an dem stark vorgebogenen Septum ausging. Der Stiel enthielt ein Stück Knochen. — Mr. Waggett berichtete, dass die microscopische Untersuchung eines Stücks aus dem Centrum der Neubildung dieselbe als aus einem äusserst dichten weissen fibrösen Gewebe bestehend zeigte, welches lappenförmig von einem weicheren centralen Nabel ausging, welcher Knochenspicula nahe dem Stiele enthielt. Der Patient genas schnell. Der Fall ist, soweit aus der Literatur zu schliessen, ein Unicum. Der einzige Bericht eines reinen, vom Septum ausgehenden Fibroms stammt von Lefferts. Es hatte die Grösse einer Haselnuss und ging von einer Stelle nahe dem Nasenloche aus. — Mr. Waggett fügte hinzu, dass eine äusserst kleine Anzahl von dichten fibrösen Septumgeschwülsten berichtet sind, und dass in den meisten derselben eine traumatische Anamnese vorliegt. Der grösste berichtete stammt, wie erwähnt, von Lefferts und hatte nur den Umfang einer Haselnuss, so dass, was Grösse anbetrifft, Mr. Stewart's Fall vollständig einzig dasteht. — Der Präsident schlug vor, einen Holzschnitt von der Geschwulst in natürlicher Grösse in die Verhandlungen der Gesellschaft aufzunehmen.

Im Anschluss an diesen Fall berichtete Mr. Symonds über die beiden Fälle von Septumerkrankung, die er in der Oktobersitzung gezeigt hatte. In dem Falle des 48jährigen Mannes verschwand Ulceration, Septumverdickung und Obstruction schnell unter Jodkali; in dem Falle des 16jährigen Knaben erwies sich die Krankheit microscopisch und bacteriologisch als tuberkulös. Der grösste Theil der Masse wurde entfernt, und ein grosses Loch blieb im Septum zurück. Der Patient ist noch jetzt unter Behandlung mit Milchsäure und Curettements.

Mr. E. B. Waggett: Ein Fall für Diagnose.

Eine 54jährige Frau hatte 14 Monate vor der Demonstration ein Gräte verschluckt, die im Halse stecken geblieben war. Der Hals zeigte sich zwei Monate nach dem Unfall acut entzündet; in der rechten glossoepiglottischen Falte besteht eine kleine Schwellung, die seit Monaten unverändert geblieben ist, während Unbequemlichkeit und Schmerz fortbesteht. Dabei ist keine localisirte Entzündung und keine Anzeichen von einer Wunde oder einem Fremdkörper zu sehen.

Dr. W. Hill hielt die Schwellung für ein kleines Keloid. — Dr. Poore wünschte zu wissen, ob einer der Anwesenden je eine Gräte im Halse wirklich

gefunden habe, und was aus denjenigen würde, die man nicht fände? — Der Präsident beantwortete diese Frage dahin, dass seiner Erfahrung nach in neun von zehn Fällen keine Fremdkörper zu finden seien, dass man aber ein sorgfältiges Suchen in jedem einzelnen Falle anstellen müsse. In einem einschlägigen Falle hatte er nach einstündigem Suchen schliesslich eine fast zolllange Gräte, von der nur ein ganz kleines Stück vorragte, in einer Mandel gefunden. — Mr. Spencer meinte, dass nach Impaction von Fremdkörpern sich nach einiger Zeit Ulceration einstelle und der Fremdkörper frei würde; bisweilen sei das natürlich ein sehr gefährlicher Process, indem Perforation der grossen Gefässe eintreten könne. — Mr. Waggett sagte in seiner Antwort, dass die Geschwulst frei beweglich sei, und daher wahrscheinlich kein Keloid darstelle. Er erwähnte ferner, dass Dr. Whistler einst eine fast zolllange Gräte aus dem Halse entfernt hatte, welche trotz häufiger Untersuchung mehrere Wochen lang unentdeckt geblieben war.

Dr. W. A. Willis: Inspiratorischer Krampf der Stimmbänder.

Die Patientin, eine 44jährige Frau, kam am 7. November 1895 nach der Poliklinik des Westminster-Hospitals in Folge von Athemnoth und Heiserkeit, die sich am vorhergehenden Tage eingestellt hatten. Die Zahl der Athemzüge war 50 per Minute, der Puls 120, einige Cyanose war vorhanden. Bei der Untersuchung des Kehlkopfes zeigte sich leichter Catarrh, und bei jeder Inspiration krampfhafte Annäherung der Stimmbänder an einander, so dass nur ein kleiner dreieckiger Raum im hintersten Theile der Glottis offen blieb. Die Patientin hatte ihrer Angabe nach mehrere ähnliche Anfälle während der letzten sechs bis sieben Jahre gehabt, aber keinen einzigen so schweren. Unter Aufenthalt in einem warmen Zimmer und Einathmen von Fichtenöldämpfen verbesserte sich der Zustand im Laufe der nächsten zehn Tage; bei der geringsten Anstrengung aber trat der Krampf von Neuem auf und die Patientin wurde daher in's Westminster-Hospital aufgenommen, wo sie gegenwärtig unter Behandlang von Dr. de Havilland Hall steht. Während ihres Hospitalaufenthalts hat sich der Krampf constant verbessert mit Ausnahme einer einzigen Nacht, etwa eine Woche nach ihrer Aufnahme, in der er so stark war, dass Chloroforminhalationen nothwendig wurden. Unter gewöhnlichen Umständen ist gegenwärtig kein Krampf vorhanden, doch genügt schon die laryngoskopische Untersuchung in der Regel, um ihn wiederherzustellen. Andere Anzeichen deutlicher Hysterie bei dieser Patientin fehlen, obwohl sie leicht erregbar ist. Der Vortragende hielt den Krampf für rein functionell, betonte aber, dass die Kranke trotz des Mangels eines organischen Grundleidens nicht frei von der Gefahr der Erstickung sei.

Dr. Scanes Spicer hielt den Fall für ein Beispiel echter Erweitererparalyse. — Dr. Permewan lenkte die Aufmerksamkeit darauf, dass gleichzeitig ein krampfhafter Zustand des weichen Gaumens vorhanden sei, ein seiner Ansicht nach wichtiger ätiologischer Umstand. — Der Präsident bezeichnete den Fall als einen von „perverser Action der Stimmbänder", und gedachte eines anderen von ihm beschriebenen, in welchem nach der Application der kalten Douche der Krampf plötzlich einer gewöhnlichen functionellen Verengerparalyse Platz machte. Für die Differentialdiagnoee dieser Fälle von der doppelseitigen Lähmung der Glottis-

öffner sei es werthvoll, den Kranken so lange als möglich hinter einander phoniren zu lassen; wenn schliesslich das medulläre Athembedürfniss den corticalen Reiz, um den es sich in diesen Fällen fast sicher handle, überwiege, so führen die Stimmbänder plötzlich auseinander, genau wie bei der lange fortgesetzten elektrischen Reizung der Phonationscentren der Rinde. Bei der doppelseitigen Glottislähmung würden sie im Gegentheil noch näher an einander gesogen. — Dr. W. Hill erwähnte einen dem vorgestellten ähnlichen Fall, in dem die Patientin unter Bromkali schliesslich sich gebessert hatte; auch in diesem Fall war dem Krampf functionelle Aphonie gefolgt. — Dr. Clifford Beale lenkte die Aufmerksamkeit auf die Thatsache, dass im vorgestellten Fall sich die Glottis nicht vollkommen schliesse, und dass die Patientin während des Krampfanfalls doch immer noch athmen könne.

Semon.

III. Briefkasten.

Der Moskauer Internationale Medicinische Congress und die Laryngologie.

Es gereicht uns zur aufrichtigen Genugthuung, unsern Lesern Kenntniss von folgendem, uns soeben zugegangenen Briefe des Herrn Collegen von Stein, sowie von den, ganz in dem von uns vertretenen Sinne abgeänderten Statuten des Congresses geben zu können. Das Organisationscomité hat sich dadurch, dass es nicht bei den gefassten Beschlüssen stehen geblieben ist, sondern die berechtigten Wünsche der Betroffenen beherzigt hat, den aufrichtigen Dank aller Betheiligten verdient.

Moskau, den 1. April 1896.

Sehr geehrter Herr Professor und College!

Den 19. März 1896 beschloss das Organisationscomité die von Herrn Prof. B. Fränkel, Ihnen und anderen Fachmännern verfochtenen Punkte anzunehmen. Die neu gedruckten Reglemente wurden mir erst gestern eingehändigt und beeile mich, Ihnen dieselben sofort zu senden. Zum geschäftsführenden Mitgliede der Section für Rhino-Laryngologie ist Dr. E. Stepanow vom Organisationscomité bestimmt. Ich behielt mir die Otiatrie.

Mit dem Gefühle vorzüglichster Hochachtung

Ihr ergebenster College

Dr. St. von Stein.

Reglement du XII. Congrès International de Médecine.

Moscou, 7 (19)—14 (26) Août 1897.

1.

Le XII. Congrès International de Médecine est placé sous l'Auguste patronage de Son Altesse Impériale le Grand-Duc Serge Alexandrovitch.

2.

L'ouverture du Congrès de Moscou aura lieu le 7 (19) Août 1897 et sa clôture le 14 (26) du même mois. Sa durée sera de huit jours.

3.

Le Congrès se composera des médecins qui se seront fait inscrire et auxquels il aura été délivré une carte de membre. — Indépendamment des médecins, les personnes munies d'un titre scientifique, qui désirent prendre part aux travaux du Congrès, pourront également en faire partie aux mêmes conditions, mais en qualité de membres extraordinaires. — Pourront également en faire partie, en qualité de membres extraordinaires, les vétérinaires, les pharmaciens, les médecins-dentistes.

4.

Les personnes qui désirent prendre part au Congrès doivent, pour obtenir leur carte de membre, effectuer un versement de dix roubles (vingt-cinq francs). Ce versement leur donne le droit de prendre part à toutes les occupations du Congrès et de recevoir toutes ses publications ainsi qu'un exemplaire des „Travaux du Congrès", aussitôt après leur publication.

Remarque. — Les membres extraordinaires ne prennent part qu'aux travaux des Sections du Congrès dans lesquelles ils se sont fait inscrire. Ils reçoivent toutes ses publications, mais n'ont pas droit de vote dans les questions qui concernent son organisation.

5.

En faisant leur versement au Trésorier du Congrès, les membres doivent indiquer exactement et lisiblement leur nom, adresse et profession. Il serait en outre à désirer que ces renseignements fussent accompagnés de la carte de visite du souscripteur.

6.

Le but du Congrès est exclusivement scientifique.

7.

Les travaux du Congrès se répartissent entre les sections suivantes: I. Anatomie (anthropologie, anatomie normale, embryologie et histologie normale); II. Physiologie (y compris la chimie médicale); III. Pathologie générale et Anatomie pathologique; IVa. Thérapeutique générale (y compris la hydrothérapie, la climatothérapie etc.); IVb. Pharmacologie; IVc. Pharmacognosie et Pharmacie; V. Maladies internes; VI. Pédiatrie; VII. Maladies nerveuses et mentales; VIII. Dermatologie et Maladies vénériennes; IX. Chirurgie; IXa. Odontologie; X. Médecine militaire; XI. Ophtalmologie; XIIa. Otologie; XIIb. Laryngologie et Rhinologie; XIII. Accouchements et Gynécologie; XIV. Hygiène (y compris la statistique sanitaire, la médecine sociale, l'épidémiologie, l'épizootologie et la science sanitaire technique); XV. Médecine légale.

Remarque. — En cas de nécessité, il pourra encore être organisé des sections supplémentaires.

8.

La gestion du XII. Congrès International de Médecine appartient à la Faculté de Médecine de l'Université Impériale de Moscou. — Son organisation générale est confiée à un Comité, présidé par Mr. le Curateur de l'Arrondissement scolaire de Moscou et composé de tous les membres de la Faculté de Médecine, des présidents des Comités de Sections et de Sous-Sections et des membres honoraires. — Les questions concernant l'organisation du Congrès sont confiées aux soins immédiats d'un Comité exécutif présidé par le doyen de la Faculté de Médecine et composé de huit personnes choisies parmi les membres de cette Faculté.

9.

Le Comité d'organisation et le Comité exécutif continueront à fonctionner pendant la durée du Congrès.

10.

Les séances du Congrès auront lieu chaque jour, soit dans les assemblées générales, soit dans les Sections.

11.

Il a été décidé de tenir deux ou trois assemblées générales. L'époque de leur réunion sera déterminée par le Comité d'organisation. A l'ouverture de la première assemblée générale, le président du Comité d'organisation proposera aux membres du Congrès d'élire les présidents honoraires et les secrétaires des ces assemblées.

12.

Les heures auxquelles se réuniront les Sections seront fixées par le Comité exécutif après entente avec les présidents des Comités de Sections.

13.

Le Comité exécutif, après entente avec les présidents des Comités des Sections, indiquera en temps utile ceux des savants étrangers qui pourront être élus présidents honoraires des Sections.

14.

Les assemblées générales ont pour but: a) de décider les questions relatives aux travaux et aux affaires générales du Congrès; b) d'entendre les discours et communications offrant un intérêt général.

15.

Ne pourront prononcer des discours dans les assemblées générales que les membres qui auront reçu une invitation à cet effet du Comité d'organisation.

16.

Les propositions relatives aux travaux du Congrès devront être communiquées au Comité d'organisation avant le 1. (13.) Janvier 1897. Le Comité décidera s'il y a lieu de donner suite à ces propositions ou de les examiner pendant le Congrès.

17.

Dans leurs séances les Sections s'occuperont de l'examen des questions et des thèses proposées par leurs présidents et approuvées par le Comité d'organisation. Le principal objet des travaux des Sections consistera dans l'audition des rapports des savants désignés par le Comité et des communications ayant trait à la thèse choisie.

Si le temps le permet, on pourra examiner d'autres communications et d'autres thèses proposées par les membres du Congrès et acceptées par les présidents des Sections qu'elles intéressent.

18.

Les questions scientifiques ne pourront être résolues par voie de vote.

19.

Le temps assigné à chaque communication ne devra pas dépasser vingt minutes et les orateurs, qui prendront part à la discussion, ne pourront pas parler plus de cinq minutes chacun.

20.

Les membres, qui prendront part aux débats devront remettre, le jour même, aux secrétaires des Sections respectives l'exposé écrit de ce qu'ils ont dit pendant la séance.

21.

Le français est reconnu comme la langue officielle du Congrès pour toutes les relations internationales. Dans les assemblées générales, il sera permis de prononcer des discours dans d'autres langues européennes.

Quant aux communications et aux débats dans les sections du Congrès, ils pourront avoir lieu en français, en allemand, en anglais et en russe.

22.

La personne chargée de présider une séance devra diriger les travaux conformément aux règles admises.

23.

Les étudiants en médecine et les personnes étrangères, qui s'intéressent aux travaux annoncés pour telle ou telle séance, pourront y être admis par les présidents honoraires, après entente préalable avec les présidents des Comités de Sections.

24.

Les communications et les questions concernant les travaux de telle ou telle Section du Congrès devront être envoyées au président du Comité de la Section qu'elles concernent. Toutes les autres communications et questions devront être adressées au Secrétaire général du Congrès.

25.

Dans une des assemblées générales on désignera le lieu de réunion du XIII. Congrès International de Médecine.

Das Wilhelm Meyer-Monument.

Die Vertretung in Russland hat Dr. C. Rauchfuss freundlichst übernommen. Beiträge aus Russland sind an ihn (Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg, St. Petersburg) oder an das bald zu begründende Centralcomité direct zu adressiren.

Wir constatiren im Anschluss an diese Mittheilung, dass nunmehr in allen Ländern, in denen die Laryngologie, Rhinologie und Otologie gepflegt wird, eine nationale Vertretung für die Sammlungen zum Meyer-Denkmal existirt. -- Hoffentlich können wir bald von den Erfolgen dieser Sammlungen berichten.

Laryngologische Section der 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Frankfurt a. M., 21.—26. September 1896.

Frankfurt a. M., im März 1896.
Geschäftsstelle: am Salzhaus 3, I.

Hochgeehrter Herr!

Im Einverständnisse mit den Geschäftsführern der 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte haben wir die Vorbereitungen für die Sitzungen der Abtheilung

No. 20 Laryngologie und Rhinologie

übernommen und beehren uns hiermit, die Herren Vertreter des Faches zur Theilnahme an den Verhandlungen dieser Abtheilung ganz ergebenst einzuladen.

Gleichzeitig bitten wir Vorträge und Demonstrationen frühzeitig — bis Ende Mai — bei dem unterzeichneten Einführenden anmelden zu wollen, da die Geschäftsführer beabsichtigen, zu Anfang Juli allgemeine Einladungen zu versenden, welche eine vorläufige Uebersicht der Abtheilungs-Sitzungen enthalten sollen. Zugleich ersuchen wir Sie, uns Ihre Wünsche in Betreff gemeinsamer Sitzungen mit anderen Abtheilungen kundgeben und Berathungsgegenstände für diese Sitzungen

nennen zu wollen. Als Tag für gemeinsame Sitzungen ist Mittwoch, der 23. September, in Aussicht genommen.

Der Einführende:
San.-Rath Prof. Dr. med. Moritz Schmidt,
Grosse Gallusstrasse 18.

Der Schriftführer:
Dr. med. Carl Vohsen,
Guiollettstrasse 4.

Programm der III. Versammlung süddeutscher Laryngologen.

Für die III. Versammlung süddeutscher Laryngologen, welche am 2. Pfingstfeiertage,

den 25. Mai in Heidelberg

stattfindet, ist folgende

Tagesordnung

festgesetzt:

1. Sonntag, den 24. Mai, Abends 8 Uhr: Zusammenkunft und gegenseitige Begrüssung in der Restauration des Stadtgartens.
2. Montag, den 25. Mai, Vormittags 9 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung im Hörsaale der ambulatorischen Klinik für Hals- und Nasenkranke (academ. Krankenhaus).

Vorträge:

1. Herr Kirstein (Berlin): Die Autoskopie der Luftwege.
2. Herr Avellis (Frankfurt a. M.): Das acute Kieferhöhlenempyem und die Frage der Selbstheilung desselben.
3. Herr Schech (München): Das nasale Asthma und seine Beziehungen zum Emphysem.
4. Herr Rudolf Meyer (Zürich): Kleinere Mittheilungen.
5. Herr Klemperer (Strassburg): Zur Bakteriologie der Nase.
6. Herr Proebsting (Wiesbaden): Zur Operation maligner Nasenrachentumoren mit Krankenvorstellung.
7. Herr Hedderich (Heidelberg): Klinische Erfahrungen über Paramonochlorphenol bei Larynxphthise.
8. Herr Rosenfeld (Stuttgart): Demonstration eines Larynxcarcinoms.
9. Herr Killian (Freiburg): Demonstration von Instrumenten.
10. Herr Hedderich (Heidelberg): Demonstration von Instrumenten.

Mittags $^{3}/_{4}$2 Uhr: Gemeinsames Mittagsmahl (mit Damen) im Grand Hôtel.

Nach dem Male bei schönem Wetter gemeinschaftlicher Ausflug nach dem Kümmelbacher Hof (Neckarthal), bei schlechtem Wetter Zusammenkunft in einem noch zu bestimmenden Locale.

Diejenigen Herren Collegen, welche am Festmahle theilnehmen, werden dringend gebeten, bis spätestens 15. Mai die Anzahl der gewünschten Couverte Herrn Professor Dr. Jurasz (Heidelberg) mitzutheilen.

P. S. Da die Mai-Nummer des Centralblattes bis zum 20. April fertiggestellt werden musste, so sind unter den Vorträgen nur die bis dahin angemeldeten aufgeführt.

Dr. Eulenstein,
II. Schriftführer des Vereins
süddeutscher Laryngologen.

Eine Reclamation.

(Brief von Dr. L. Grünwald und Entgegnung von Prof. Ph. Schech.)

Sehr geehrter Herr Herausgeber!

Ich ersuche Sie um gefällige Aufnahme folgender Berichtigung resp. berichtigenden Ergänzung in Ihr Blatt:

In No. 2, 1896 referirt Herr Schech meinen Artikel: „Casuistische Mittheilungen.“ U. a. steht da: „Wegen tuberculöser Ringknorpelnekrose vollführte G. die Sequestrotomie, Pat. starb aber an einer Lungenblutung“. Letztere erfolgte, wie aus dem Originale deutlich erkennbar, nach 8 Monaten. Weiter sagt Herr S.: „Referent, der den Patienten“ (ein Sarkom des Keilbeinkörpers) „gleich bei Beginn seiner Erkrankung gesehen, hatte sofort die Diagnose auf eine Geschwulst an der Schädelbasis gestellt und deshalb die von Grünwald vorgeschlagene Eröffnung der Nebenhöhlen widerrathen.“

Hierzu bemerke ich, dass Herr S. den Pat. nicht im Beginn seiner Erkrankung gesehen hat, sondern erst, nachdem der Verdacht maligner Geschwulstbildung den Unterzeichneten bereits veranlasst hatte, Jodkali und Quecksilber in reichlichen Mengen zu verordnen. Wie es dann noch möglich war, eine von mir zu jener Zeit niemals „vorgeschlagene Eröffnung der Nebenhöhlen“ zu widerrathen, ist mir wenigstens unerfindlich. Im Gegentheil hat der Pat. gleich zu Anfang seiner Behandlung durch mich, als noch keinerlei Zeichen von Geschwulstbildung, wohl aber diejenigen multipler Nebenhöhleneiterung vorhanden waren, eine auf diese gerichtete „geeignete Behandlung“ (s. meinen Artikel) erfahren, ohne Rath noch Widerrath von anderer Seite. Herr S. hat also die Diagnose auch nicht „im Beginn seiner Erkrankung“, sondern erst dann gestellt, als ich ebenfalls dem entsprechenden Verdacht durch antiluetische Therapie Ausdruck gegeben hatte. Besonders nach letzterem Vorgange war diese Diagnose nicht eigentlich schwer. Dass die Fassung des Referates über diesen Fall auch den Eindruck erwecken muss, als ob die in ultimo stadio von mir constatirte und später autoptisch bestätigte Compression vieler Basisnerven etc. schon „im Beginn der Erkrankung“ vorhanden gewesen wäre, will ich nur nebenher berichtigend bemerken.

Hochachtungsvoll

Ihr

Dr. Grünwald.

München, 26. III. 1896.

Entgegnung.

Wenn in dem Referate über eine Sequestrotomie wegen tuberculöser Ringknorpelnekrose von mir erwähnt wurde, der Kranke sei an Lungenblutung gestorben, so ist der Umstand, dass diese erst 8 Monate später erfolgte, ganz gleichgiltig, denn der Referent hat nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, sowohl über den momentanen Erfolg einer Operation, als auch über das spätere Schicksal des Kranken zu berichten.

In dem zweiten, ein Sarkom des Keilbeinkörpers betreffenden Falle sehe ich mich gezwungen, den in meinem Referate erwähnten Thatbestand aufrecht zu erhalten, umsomehr, als der Kranke längere Zeit nach der von mir vorgenommenen ersten Untersuchung erklärte, er sei inzwischen bei Herrn Dr. Grünwald in Behandlung gewesen und habe derselbe ihm eine grössere Operation in der Nase in Aussicht gestellt. Zu der Annahme, dass der Kranke diese Aussage erfunden

habe, liegt meinerseits wenigstens kein Grund vor. Dass von Anfang an schon viele Basisnerven gelähmt gewesen seien, habe ich nicht behauptet, sondern nur, dass schon Erscheinungen der Geschwulstbildung vorhanden waren; ebenso muss ich mich dagegen verwahren, als ob ich erst durch den therapeutischen Versuch Grünwald's auf die richtige Diagnose gekommen sei.

Prof. Dr. Schech.

[Die Angelegenheit ist hiermit für das Centralblatt erledigt. Red.]

Eine Erklärung.

Hochgeehrter Herr Redacteur!

Bezüglich der Bemerkung der geehrten Redaction, meinen vorgestellten Fall von Kehlkopflähmung betreffend (Intern. Centralblatt XII, No. 4, S. 189), soll es heissen statt „in totaler Abduction“ in Cadaverstellung. Indem ich mir die ergebene Bitte erlaube, diese meine Erklärung im nächsten Hefte des Centralblattes gefälligst bringen zu wollen, zeichne ich hochachtungsvoll

Dr. Hugo Zwillinger.

Budapest, 16. IV. 1896.

Die Röntgen-Strahlen und die Laryngologie.

In der Londoner laryngologischen Gesellschaft demonstrirten am 15. April die Herren Ernest Wagett und Sydney Rowland den Gebrauch der neuen Methode für die Diagnose und Entfernung von Fremdkörpern in den oberen Luftwegen. Eine silberne Sonde, welche Dr. Waggett in seinen eigenen Kehlkopf einführte, war bei der völligen Transparenz der Gewebe des Halses (einschliesslich der Knorpel!) deutlich sichtbar. Als einziger Anhaltspunkt für die genaue Localisation der mittelst der „Skiagraphie“ im Halse entdeckten Fremdkörper muss vorläufig das Zungenbein dienen. — Nichtsdestoweniger dürfte sich die Methode in einer Reihe von Fällen, in welchen metallische Fremdkörper, Knochen etc. im Halse stecken geblieben sind und sich mittelst directer Inspection nicht entdecken lassen, äusserst nützlich erweisen. Im Brit. Med. Journal vom 18. April (p. 997) geht Dr. Waggett ausführlich auf die Details der neuen Methode für die Untersuchung des Halses ein, und wir verweisen Interessenten auf seine sehr anziehenden und wichtigen Auseinandersetzungen. — Leider sind, wie Mr. Rowland dem Herausgeber bei Gelegenheit der Demonstration mittheilte, bösartige Geschwülste völlig durchgängig für die X-Strahlen, so dass sich die unmittelbar nach Röntgen's Entdeckung im Centralblatt ausgesprochene Hoffnung: die neue Methode möge zur Differentialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Kehlkopfgeschwülsten dienen — wenigstens vorläufig nicht verwirklichen dürfte.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XII. **Berlin, Juni.** **1896. No. 6.**

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **Fenton B. Turck. Mund-, Nasen- und Hals-Krankheiten als ätiologische Factoren bei chronischer Gastritis mit Untersuchungen über die Bakterien des Rachengewölbes. (Diseases of the month, nose and throat as etiological factors in chronic glandular gastritis, with bacteriological studies of the pharyngeal vault.)** *N. Y. Med. Record. 28. September 1895. N. Y. Medical Journal. 23. November 1895.*

Schlussfolgerungen: 1. Die klinischen Thatsachen weisen in vielen Fällen deutlich auf einen Zusammenhang zwischen Erkrankungen des Mundes und Nasenrachenraumes und chronischer Entzündung des Magendarmcanals.

2. Die Invasion des Magens vom inficirten Mund oder Rachen aus wird nahe gelegt durch die nachgewiesene Thatsache, dass viele von den bei chronischer Gastritis gefundenen pathogenen Mikroorganismen nach Form und biologischem Verhalten mit den im erkrankten Munde oder Nasenrachenraum desselben Patienten gefundenen Keimen identisch sind.

LEFFERTS.

2) **Bischoff** (Augsburg). **Ueber üble Vorkommnisse nach lokal-therapeutischen Maassnahmen auf dem Gebiete der Hals- und Nasenkrankheiten.** *Therapeut. Monatsh. 1895. September u. October.*

Im wesentlichen literarische Uebersicht über diesen Gegenstand.

A. ROSENBERG.

3) **H. J. Hopkins. Catarrh. (Catarrh.)** *Pittsburg Med. Review. Mai 1895.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

4) **Cohen. Einfache Methode zur Verhinderung des Catarrhs nach Jodkalium-Darreichung. (Simple manner of overcoming the catarrh consequent on the administration of potassium jodide.)** *N. Y. Med. Record. 16. Dec. 1895.*

Der Schnupfen, das Niesen, die Schmerzen über den Stirnhöhlen, die Schwel-

lung eines Theiles der Mundschleimhaut u. s. w., wie sie nach Jodkaliumgaben oft beobachtet werden, sind identisch mit den Symptomen des Jodismus, die nach Inhalation freien Jods auftreten. Verf. hält es für wahrscheinlich und führt verschiedene Gründe dafür an, dass auch der Jodschnupfen nach Jodkalium durch freies Jod bedingt ist, welches durch den Speichel abgeschieden wird. Er setzte daher in mehreren Fällen der Jodkalimixtur Tinct. Belladonnae (0,3 pro dosi) hinzu, um die Speichelsecretion herabzusetzen. Der Erfolg war der erwartete. Jedes andere Anti-Sialagogum würde denselben Effect erzielen, allein Belladonna lässt sich am leichtesten der Jodmixtur zusetzen und dann wirkt es gleichzeitig der depressiven Wirkung des Kalium entgegen. LEFFERTS.

5) **Volland** (Davos). **Ueber die Uebertreibungen bei der heutigen Behandlung der Lungenschwindsüchtigen.** *Therap. Monatsh. 1895. September.*

Man sorge bei den Phthisikern für die Erregung des Appetits und für die richtige Assimilation der reichlich zugeführten Nahrungsmengen, keine Athemgymnastik, kein Bergsteigen und keine Douche!

Die häufigen Dyspepsien der Phthisiker sind nicht selten die Folge der Ueberernährung, ebenso wird im Luftgenuss oft übertrieben. Vorsicht und Schonung sind die Grundsätze, auf denen sich die Behandlung der Lungenkranken aufbaut.

A. ROSENBERG.

6) **Koeniger** (Lippspringe). **Erfahrungen über Lungentuberculose aus Lippspringe. Bericht über 192 geheilte und seit mindestens 5 Jahren geheilt gebliebene Fälle von Lungentuberculose.** *Therap. Monatsh. 1895. October.*

K. spricht auf Grund seiner Erfahrungen sich dahin aus, dass wenn alle Phthisiker im Beginne der Erkrankung in die entsprechende Behandlung kämen, weit über die Hälfte wahrscheinlich geheilt werden würden. A. ROSENBERG.

7) **S. F. Snow. Mund-; Nasen- und Kehlkopftuberculose mit besonderer Bezugnahme auf die Adirondacks als Winter-Aufenthaltsort (Aural, nasal and laryngeal tuberculosis with special reference to the Adirondacks as a winter residence.)** *Buffalo Med. and Surg. Journal. December 1895.*

Schlusssätze: 1. Ein gründliches Einreiben von Milchsäure in geeigneter Concentration und in regelmässigen Intervallen heilt locale tuberkulöse Ulceration.

2. Ein dauernder Aufenthalt in einer Höhe von 1000 bis 2000 Fuss, unterstützt von systematischen Bädern und Körperübungen, bei poröser Beschaffenheit des Bodens und Nähe von Waldungen ist von sehr günstigem, vielleicht sogar heilendem Einflusse selbst bei vorgeschrittenen tuberkulösen Erscheinungen.

3. Die Adirondacks bieten für tuberkulöse Patienten die erforderlichen Verhältnisse in klimatischer und physikalischer Beziehung.

4. Die Patienten fühlen sich daselbst auch im Herbst und Winter wohl und haben grössere Gewichtszunahme zu verzeichnen als in den Sommermonaten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

8) **P. Rosenberg. Eine neue Methode der allgemeinen Narkose.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 1 u. 2.*

Der anscheinend abseits vom rhino-laryngologischem Interesse liegende Vortrag wird referirt, weil R. eine Theorie der Gefahren der Chloroformirung aufstellt, die innig das rhinologische Fach berührt. R. sieht die Gefahr der Chloroformnarcose in durch den Reiz der peripherischen Trigeminusendigungen in der Nasenschleimhaut reflectorisch bedingten Athemstockungen und ebenso bedingter Herzsyncope. Durch richtige Cocainisirung der Nasenschleimhaut vor Anwendung des tropfenweise aufzugiessenden Chloroforms schaltet er die schädlichen Reflexe aus. Ausserdem besitzt das Cocain eine antidote Wirkung gegenüber dem Chloroform.

LANDGRAF.

9) **A. B. Boyd. Die Narkose bei Halsoperationen. (Anaesthetics in throat cases.)** *British Med. Journal. 28. December 1895.*

Bei der Chloroform- oder Aethernarkose erschlaffen die Muskeln, die den Kiefer schliessen, erst sehr spät. Es ist deshalb bei Halsoperationen gefährlich, die Narkose bis zur Erschlaffung dieser Muskeln fortzusetzen. Besser ist es, zu operiren, sobald die Hautreflexe verschwunden sind. ADOLPH BRONNER.

10) **Schleicher** (Antwerpen). **Zur Galvanokaustik.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 7. 1895. Annal. Soc. Med. Anvers. Juni 1895.*

Um zu verhindern, dass beim Zurückziehen der glühenden Schlinge durch Ausschaltung ihres eignen Widerstandes die Schlinge in Folge von Verstärkung des Stromes reisst, empfiehlt Sch. einen Griff mit einer Vorrichtung, wodurch der Operateur selbst in der Lage ist, den gewünschten Compensationswiderstand in den Stromkreis einzuschalten. Der Apparat — eine Art Rheostat — kann an jedem mit einem Holzgriffe versehenen Handgriff angebracht werden. Die Details sind im Originale nachzusehen, ebenso die Beschreibung der Vereinfachung der Anschlussapparate an städtische Electricitätswerke. SCHECH.

11) **Kirstein. Eine neue elektrische Stirn-, Hand- und Stativlampe für Hals, Nase und Ohr.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 29.*

K. hat eine Stirnlampe für indirectes Licht construirt, indem er das durch eine Linse gesammelte Licht eines Glühlämpchens auf einen schräg durchbohrten Planspiegel fallen lässt, welcher zur Glühlampe in einem Winkel von 45° fest angebracht ist. LANDGRAF.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **Hopmann** (Cöln). **Anomalien der Choanen und des Nasenrachenraums.** *Arch. f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. III. Heft 1 u. 2. 1895.*

Verf. berichtet über die bemerkenswerthesten Formveränderungen an den Choanen und ihrer Nachbarschaft, die er mittelst seiner bekannten Abgussmethode bisher zu Gesicht bekommen hat. Drei Fälle theilt er ausführlich mit, 26 weitere

sind in einer Tabelle zusammengestellt. Zahlreiche Photogramme der gewonnenen Abgüsse sind der Arbeit beigegeben. H.'s Darlegungen kommen zu dem Schlusse, „dass Engen und anderweitige Unregelmässigkeiten der Choanen und des oberen Rachenraumes nicht nur auf syphilitischer bezw. geschwüriger Basis, sondern häufig genug auch durch fehlerhafte Anlage entstehen und in Folge von angeborenen oder früh erworbenen Wachsthumsstörungen."

F. KLEMPERER.

13) **Thomson u. Hewlett. Die Bakteriologie der gesunden Nase. (The bacteriology of the healthy nose.)** *Philad. Med. News. 28. December 1895.*

Der Naseneingang enthält reichlichere Bakterien; das eigentliche Naseninnere ist gewöhnlich aseptisch, nur ausnahmsweise findet man auf der Schleimhaut der gesunden Nase Mikroorganismen (vergl. Centralblatt Bd. XI. p. 958.).

LEFFERTS.

14) **James E. H. Nichols. Einige intranasale Ursachen für Kopfschmerz. (Some intra-nasal causes of headache.)** *N. Y. Med. Record. 16. December 1895.*

Nach N.'s Erfahrungen ist Kopfschmerz weit häufiger nasalen Ursprungs, als man gewöhnlich annimmt. Hauptsächlich handelt es sich dabei um congestive Zustände, die Circulation der Dura mater ist durch Druck an irgend einem Punkte der Nase oder ihrer Nebenhöhlen, sei es infolge von Secret-Retention oder Hypertrophie der Gewebe oder Veränderungen der Knochen, gestört. Der Druck trifft gewöhnlich einen Ast der Vena ophthalmica. Erkrankungen im unteren Gang machen ev. lebhafte Schmerzen, doch nicht Kopfweh. Kopfschmerzen, deren intensivste Zone über den Augen liegt, weisen auf Siebbeinzellen- oder Antrumaffection hin. Wiederholte Kopfwehanfälle ähnlicher Art sind fast durchgehends nasalen Ursprungs.

LEFFERTS.

15) **C. W. Mc Gillivray. Ein Fall von schwerer Facialis-Neuralgie. (A case of severe facial neuralgia.)** *Medico-Chirurg Society of Edinburgh. Januar 1895.*

Der Pat., den Verf. der Gesellschaft vorstellte, hatte an schwerer linksseitiger Facialisneuralgie gelitten. Es fand sich ein Abscess der Highmorshöhle und ein polypoider Zustand des mittleren linken Nasenganges. Gründliche Behandlung dieser Affectionen besserte den Zustand des Pat. für 1 Jahr; nach Ablauf dieser Zeit aber kehrten die Schmerzen wieder. Es wurde nun jetzt vor 1 Jahre das Ganglion Meckelii entfernt; seither ist Pat. wohl.

A. LOGAN TURNER (P. MC BRIDE).

16) **Mayo Collier. Trigeminus-Neuralgie und Nasenaffection. (Trigeminal neuralgia and nasal disease.)** *Lancet. 31. August 1895.*

Pat., ein Mann von 50 Jahren, hatte seit 5 Jahren Gesichtsschmerzen. Heilung nach Entfernung der erkrankten rechten mittleren Muschel.

Eine Frau von 38 Jahren litt seit 12 Jahren an Neuralgien. Es war dieselbe Muschel erkrankt; durch ihre Entfernung wurde Heilung erzielt.

ADOLPH BRONNER.

17) **Leseur. Beitrag zum Studium des sogen. Heufiebers. (Contribution à l'étude de l'affection dite des foins.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Verf. stellt die hauptsächlichen Theorien über das Wesen des Heufiebers zusammen. Er schliesst sich der Meinung von Joal und anderen an, dass dasselbe eine nasale Reflexneurose darstellt, hervorgerufen und unterhalten durch arthritische Disposition, Neurasthenie und Hyperexcitabilität der Schleimhaut. Staub, Gerüche etc. wirken nur als Gelegenheitsursachen, die den einzelnen Anfall auslösen.

A. CARTAZ.

18) **Joal. Untersuchungen über die Genese des Heufiebers. (Recherches pathogéniques sur le rhume des foins.)** *Revue de laryngologie. No. 7 u. 8. 1. u. 15. April 1895.*

Naah Verf. ist das Heuasthma eine nasale Reflexneurose, die zu ihrer Entwickelung Nervosität und nasale Hyperexcitabilität voraussetzt und deren Gelegenheitsursache stets eine Reizung auf sensorischem Gebiete (Geruch, Licht) oder ein Reiz bildet, der die Sensibilität allgemein (Wärme) oder lokal (Staub) trifft.

E. J. MOURE.

19) **F. G. Smith. Zur Palliativbehandlung des Heufiebers. (Palliative treatment of hay fever.)** *N. Y. Med. Record. 5. October 1895.*

Für die Palliativbehandlung sind locale Applicationen zu empfehlen. Sprays der verschiedensten Art haben nur vorübergehenden Effect und werden meist nicht gut vertragen. Wattetampons sind versucht worden, um die Reizursache, welcher Art sie auch sei, von der hyperästhetischen Schleimhaut fern zu halten; doch die meisten Patienten ertragen die lästige Sensation, die sie verursachen, nicht, von dem nicht schönen Aussehen ganz abgesehen. Salben können zweifach wirken, einmal durch Combination mit einem Anästheticum die Hyperästhesie herabsetzend und dann als Deckmittel die Nervenendigungen vor Reizung schützend. Folgende Mischung erwies sich als sehr wirksam:

Rp.	Menthol	20,0
	Ol. amygdal. dulc.	7,5
	Acid. carbol. . .	0,6
	Cocain. hydrochlor.	6,0
	Ungu. Zinc. oxyd. .	15,0

M. f. unguent. S. mittelst Watte gründlich in beide Nasenseiten zu appliciren.

LEFFERTS.

20) **E. White. Behandlung des Krampfasthma. (Treatment of spasmodic asthma.)** *Lancet. 10. November 1895.*

Pat., ein Mädchen von 22 Jahren, sperrt sich in einem engen Zimmer ein und dreht das Gas auf; nach 3 Minuten entfernt sie sich und der Anfall ist vorüber.

ADOLPH BRONNER.

21) **P. C. Knapp. Angebliche Reflexursachen nervöser Erkrankungen. (Alleged reflex causes of nervous disease.)** *The American Journal of the Med. Scienc. October 1895.*

Die ganze Arbeit ist ein Protest gegen den Missbrauch der Lehre von den

Reflexneurosen. Die den Leser des Centralblatts specieller interessirenden Gebiete werden nur gelegentlich gestreift. Der Autor wirft die Frage auf, warum wir nicht laryngeale Neurosen in derselben Weise haben, wie die nasalen Neurosen.

P. M. BRIDE.

22) **A. Waldow** (Rostock). **Untersuchungen über die Kiefermissbildungen in Folge von Verlegung der Nasenathmung.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinolog. Bd. III. H. 3. 1895.*

Das Material, an dem W. seine Untersuchungen angestellt hat und aus dem er eine ganze Anzahl charakteristischer Kieferabdrücke abbildet, entstammt der Körner'schen Sammlung. Nach einer ausführlichen geschichtlichen Einleitung bespricht Verf. die Kiefermissgestaltung bei Behinderung der Nasenathmung durch adenoide Vegetationen und zweitens die Gestaltung des Oberkiefers bei andersartigem Nasenverschluss. Er gelangt zu einer Bestätigung der von Körner entwickelten Anschauungen. Die Kieferverbildung bei adenoiden Vegetationen zeigt 2 Stadien: die vor dem Zahnwechsel und die während desselben auftretenden Veränderungen. Das erste Stadium kennzeichnet der kuppelartige Hochstand des Gaumengewölbes, Verlängerung der langen Oberkieferachse ohne mediane Einknickung, dabei normale Stellung der Milchzähne. Im 2. Stadium nimmt das Gaumengewölbe die Form eines Spitzbogens an, es kommt zur V-förmigen inknickung des Kiefers in der Medianlinie und zu abnormen Zahnstellungen. Die Art der Entstehung dieser Kieferveränderungen wird ausführlich erörtert. Andersartiger Nasenverschluss — z. B. congenitaler knöcherner Verschluss der Choanen — führt zu Veränderungen des Kiefers, wie sie dem oben beschriebenen ersten Stadium entsprechen; die Höhe und Enge des Gaumens ist bisweilen eine excessive; nie aber findet sich auch nur die leichteste Einknickung des Alveolarrandes, nie die leiseste Andeutung einer V-Form.

F. KLEMPERER.

23) **Mayo Collier. Die Wirkung chronischer Nasenverstopfung auf das Schädelwachsthum junger Leute. (The effect of chronic nasal obstruction on the growing skulls of young persons.)** *Lancet. 9. November 1895.*

Verf. sah bei Nasenverstopfung enge, platte Gesichtsbildung und gewölbte Gaumen. Er macht auf die Untersuchungen von Ziem aufmerksam, der bei jungen Thieren ein Nasenloch verschloss und danach unsymmetrische Gesichtsentwicklung beobachtete.

ADOLPH BRONNER.

24) **J. A. Thompson. Taubheit infolge von intranasaler Erkrankung. (Deafness from intra-nasal disease.)** *N. Y. Med. Record. 7. September 1895.*

Mittheilung von 3 Krankengeschichten, aus denen Verf. den Schluss zieht, dass kein Fall von angeblich unheilbarer Taubheit wirklich als solcher anzusehen ist, bis nicht Nase und Nasopharynx untersucht und, wenn nöthig, von specialistischer Seite behandelt worden sind.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

25) **A. B. Thrasher. Congenitale knöcherne Stenose der Nase. (Congenital osseous stenosis of the nares.)** *N. Y. Med. Journal. 14. December 1895.*

Abdruck eines auf der American Laryngological Association (17. Jahresversammlung) gehaltenen Vortrags, der im Versammlungsbericht referirt wird.

LEFFERTS.

26) **Gradenigo. Ein Fall von Rhinolith. (Su di un caso di rinolito.)** *Giorn. della R. Acc. di Med. di Torino. 1895. No. 10. Annales des maladies de l'oreille etc. No. 9. September 1895.*

Der Fall wurde bei einer 30jährigen Frau beobachtet. Dieselbe litt seit 10 Jahren an schweren Kopfschmerzen, besonders an der Stirn, und starkem eitrigem Nasenausfluss. Der Stein wurde unter Anwendung von stumpfen Haken extrahirt; er maass 11 × 10 × 9 mm und war 0,625 g schwer. Er bestand aus Magnesium carbonicum und phosphoricum, mit Spuren von Eisensalzen. Der Kern war von einem Kirschkern gebildet, von dem die Frau nicht angeben konnte, wann derselbe in die Nase gedrungen war. — Alle Symptome schwanden sofort nach der Extraction.

TOTI.

27) **Ripault. Ein Fall von Nasenstein. (Un cas de rhinolithe.)** *Annales des malad. de l'oreille, du larynx etc. No. 12. December 1895.*

Der Fall betrifft ein 8jähriges Mädchen, das über Verstopfung der rechten Nasenseite klagte. Bei der Untersuchung erkannte man einen Stein, der nicht ohne Mühe extrahirt wurde, das Centrum desselben bildete ein Kirschkern, den das Kind sich mehrere Jahre vorher in die Nase eingeführt hatte.

E. J. MOURE.

28) **Grimm** (Studrow). **Fremdkörper in der Nase.** Dissert. Berlin. 1895.

Uebersicht über die Art der Fremdkörper in der Nase, über die Symptomologie und Therapie.

SEIFERT.

29) **Brindel. Ein Zahn am Eingang der rechten Nasenhöhle, mit Reflexstörungen (Hustenanfällen und Glottiskrämpfen). Krampfanfall. Heilung. (Dent implantée à l'entrée de la fosse nasale droite, avec troubles réflexes [accès de toux et spasmes laryngés]. Convulsion. Guérison)** *Revue de laryngolog. No. 1. 1. Januar 1895.*

Die Ueberschrift erklärt den Fall zur Genüge.

E. J. MOURE.

30) **R. F. Harrell. 1. Ueberzähliger Zahn am Nasenboden. 2. Nasenstein. (I. Superfluous tooth in floor of nose. II. Rhinolith.)** *New Orleans Med. and Surg. Journal. November 1895.*

Fall I. Patient litt seit 6 Jahren an heftigen Schmerzen, die rechts in der Nase begannen und über die ganze rechte Gesichts- und Kopfhälfte ausstrahlten. Der Athem war sehr übelriechend. Bei der Untersuchung sah man eine weisse Masse am Boden der rechten Nasenhälfte, etwa 1 Zoll hinter dem Eingang derselben, die das Lumen des unteren Nasenganges fast ausfüllte. Die Masse wurde entfernt und als ein ausgebildeter Zahn erkannt, einem Eckzahn an Gestalt ähnlich, nur etwas kleiner.

Fall II. Ein Nasenstein in der rechten Nasenseite eines 5jährigen Mädchens; derselbe bestand aus einem Papierpfropf, umgeben von einer Kalkkruste.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

31) **Seifert. Ein überzähliger Zahn in der Nase. (Une dent surnuméraire dans le nez.)** *Revue de laryngologie. No. 21. 1. November 1895.*

Verf. beschreibt den Fall, den er bei einem 25jährigen Manne beobachtet

hat und bespricht die Theorien, durch die man das Vorkommen von Fremdkörpern in der Nase erklärt hat. E. J. MOURE.

32) **Daae** (Christiania). **Zahn aus der Nasenhöhle extrahirt. (Tand udtaget fra Näsehulen.)** Verhandl. d. med. Gesellsch. 1894. S. 169.

Der Zahn wurde zufälliger Weise in der Nase einer 53jährigen Frau gefunden und mit Leichtigkeit extrahirt; der Zahn war in foetide Krusten eingelagert. Die Wurzel lag in einer Schleimhautfalte eingebettet, 22 mm hinter der äusseren Nasenöffnung. SCHMIEGELOW.

33) **Jourdran. Ein Fall von Lucilia hominivorax in Guyana. (Un cas de lucilia hominivorax observé à la Guyane.)** *Arch. de méd. navale. November 1895.*

Der Fall wurde bei einer Negerin beobachtet; die Symptome waren die gewöhnlichen: Kopfschmerz, heftige Schmerzen, Ausfluss eitrigen übelriechenden Secretes, Nasenbluten. Mit Injectionen von Chloroformwasser, Tabaksaft, Sublimatlösung und mit Chloroforminhalationen wurde die Kranke geheilt, nachdem im Ganzen 315 Larven von Lucilia vorax entfernt waren. A. CARTAZ.

34) **W. Freudenthal. Electrovibrations-Massage des Ohres, der Nase und des Halses. (Electrovibratory massage of the ear, nose and throat.)** *N. Y. Med. Journal. 28. September 1895.*

Verf. beschreibt ausführlich das Instrument, dessen wesentliche Theile er schon früher (Med. Record. 22. Juli 1893) geschildert hat. Dasselbe erfüllt die 3 Bedingungen, ohne die eine interne Massage nicht wirksam sein kann: die Vibrationen erfolgen überaus schnell, in regelmässigen Intervallen und mit gleichmässiger Stärke. In der Nase orientirt sich Verf. erst unter Beleuchtung der Theile und massirt dann im Dunkeln; im Rachen aber ist die Erleuchtung während der ganzen Procedur unumgänglich. LEFFERTS.

35) **M. Galetti. Eitrige Otitis media nach Tamponade der hinteren Nase. (Purulent otitis media following posterior tamponing of the nasal fossae.)** *N. Y. Med. Journal. 9. November 1895.*

G. stellt die Krankengeschichten von 4 Fällen zusammen, bei denen sich am dritten oder 4. Tage nach der hinteren Tamponade acute Otitis media entwickelte. Diese Methode zur Behandlung von Nasenbluten ist um der Gefahr der Ohren-Complicationen willen zu verwerfen. LEFFERTS.

36) **Carl Seiler. Eine neue Methode zur Ausführung grösserer Operationen in der Nasenhöhle. (A novel method of performing major operations within the nasal cavities.)** *N. Y. Med. Journal. 16. November 1895.*

S. lagert den narkotischen Patienten auf den Bauch und operirt an dem über den Operationstisch herabhängenden mit dem Gesicht nach unten gewandten Kopfe. Ein Spiegel, der am Boden unter dem Gesicht des Patienten sich befindet, reflectirt das Licht auf das Operationsfeld. Im Grossen und Ganzen freilich verlässt sich Verf. beim Operiren mehr auf seinen Tastsinn als auf das Gesicht.

Muss er nothwendig irgendwo genauer sehen, so bedient er sich eines etwas unbequemen, aber sehr einfachen Aushilfsmittels: er legt sich selbst unter den Tisch auf den Rücken und befindet sich dann dem Patienten gegenüber in derselben Position, wie wenn der Kranke sässe und er ihm in der gewöhnlichen Weise gegenübersitzt. Die Methode, die Verf. seit mehreren Jahren geübt und bewährt gefunden hat, vermeidet das Hinabfliessen von Blut in Rachen und Kehlkopf, die Tamponade der hinteren Nase und die präliminare Tracheotomie werden überflüssig. LEFFERTS.

37) **Wm. K. Simpson. Betrachtungen über einige wichtigere Principien der intranasalen Chirurgie. (A consideration of some of the more important principles of intranasal surgery.)** *N. Y. Med. Journal. 14. September 1895.*

Abdruck eines auf dem 17. Congress der American Laryngologial Association gehaltenen Vortrages, über den im Verhandlungsberichte referirt wird.

LEFFERTS.

38) **H. Dudley Young. Eine neue Nasensäge. (A new nasal saw.)** *N. Y. Med. Record. 2. November 1895.*

Kurzes, schmales Blatt mit Sondenspitze und langer fester Handgriff. Das Instrument wird zur Entfernung von Auswüchsen in jedem Theile der Nase empfohlen. LEFFERTS.

39) **Samuel Goldstein. Ein neues Messer für die Nasenscheidewand. (A new nasal septum knife.)** *N. Y. Med. Record. 2. November 1895.*

Beschreibung des Instrumentes, das sich in seiner Construction an das gebräuchliche Tonsillotom anlehnt. LEFFERTS.

40) **T. C. Evans. Adenoide Geschwülste des Nasenrachenraums. (Adenoid growths of the naso-pharynx.)** *Americ. Practitioner and News. 19. October 1895.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

41) **Broca. Ueber die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums. (Considérations sur les végétations adenoides du naso-pharynx.)** 9. französ. Congr. f. Chirurgie. — *Bullet. et mém. Paris. 1895. p. 850.*

Die tuberculöse Beschaffenheit der Vegetationen hält Verf. für selten.

E. J MOURE.

42) Sir **William Dalby. Adenoide Geschwülste im Nasenrachenraum. (Adenoid growths in the pharynx.)** *Lancet. 30. November 1895.*

Verf. empfiehlt warm die Entfernung des Adenoiden mit dem „Stahlnagel“ unter Narkose. Der Patient soll dabei sitzend und nach vorn übergebeugt gehalten werden. Dadurch wird die Gefahr der Erstickung durch Bluteindringen in den Kehlkopf vermieden. ADOLPH BRONNER.

43) **Johnstone Taylor. Adenoidgeschwülste im Rachen. (Adenoid growths in the pharynx.)** *Brit. Med. Journ. 28. December 1895.*

Verf. verlangt die Chloroformnarkose; er verwendet nicht weniger als 3 In-

strumente bei der Operation, die Zange, die Curette und den Stahl-Fingernagel.

Die Tonsillen sollen, wenn ihre Entfernung überhaupt erforderlich ist, niemals in der derselben Sitzung mit den Adenoiden entfernt werden.

ADOLPH BRONNER.

44) **J. Lockhart Gibson** (Brisbane, Queensland). **Vernachlässigte Adenoidwucherungen, Mittelohrerkrankung, Nekrose des Schläfenbeins, Leptomeningitis. (Neglected adenoids — middle ear disease — necrosis of temporal bone — lepto-meningitis.)** *Intercolonial Quarterly Journal of Medicine and Surgery.*

13jähriger Knabe, der schwer fiebernd und mit übelriechendem Ausfluss aus beiden Ohren ins Spital aufgenommen wurde. Es wurden beide Tonsillen und eine grosse Masse adenoider Wucherungen entfernt; Verf. giebt zu, dass dies nicht begründet war. 4 Tage danach wurde der eine Warzenfortsatz aufgemeiselt; indess erfolgte 2 Tage später der Tod. Die Section ergab ausgebreitete eitrige Meningitis.

A. J. BRADY.

45) **J. Lockhart Gibson** (Brisbane, Queensland). **Die Entfernung adenoider Wucherungen aus dem Nasenrachenraum. (Removal of adenoid growths from the naso-pharynx.)** *Intercolonial Journal of Medic. and Surgery. November 1895.*

G. operirt in der Chloroformnarkose an dem im rechten Winkel herabhängendem Kopfe. Er beschreibt eiue besonders construirte eiserne Stütze für den Kopf und schildert eingehend die Instrumente und die Technik, deren er sich bei Operationen im Nasenrachenraum bedient.

A. J. BRADY.

46) **Chaumier** (Tours). **Was von der Behandlung der adenoiden Vegetationen mittelst Resorcin zu denken ist. (Ce qu'il faut penser du traitement des végétations adenoides par la resorcine.)** *Médecine mod. 25. December 1895.*

In Erwiderung auf die Maraye'sche Behauptung, es könnten die adenoiden Vegetationen durch einfache Bepinselung mittelst starker Resorcinlösung zum Verschwinden gebracht werden, erklärt Verf., es sei ihm nicht gelungen, durch 9 bis 14 maliger Wiederholung solcher Bepinselungen eine deutliche Verminderung weder der hypertrophirten Mandeln noch der adenoiden Vegetationen zu erzielen. Verf. kommt zu dem Schluss, dass man bis zur Entdeckung eines besseren Mittels noch immer seine Zuflucht zur Curette oder einem anderen chirurgischen Instrumente zu nehmen hat.

LUC.

47) **V. Arslan. Statistischer Beitrag zum Studium der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums. (Contribution statistique à l'étude des végétations adénoides du rhino-pharynx.)** *Annales des malad. de l'oreille, du larynx etc. No. 12. December 1895.*

Die Statistik umfasst 426 Kranke mit adenoiden Wucherungen. Nach A. spielt die Heredität eine grosse Rolle bei diesem Leiden. Zur Operation empfiehlt er die Schnitzler'sche Curette; er räth die Operation in einer Sitzung ohne

Bromaethyl zu vollenden. Er ist für Entfernung selbst wenig umfangreicher Vegetationen und empfiehlt die systematische Untersuchung aller Schulkinder.

E. J. MOURE.

c. Mundrachenhöhle.

48) **Galippe** u. **Marfan. Zwei Fälle von Noma. (Sur deux cas de noma.)** Recherches et notes originales. Imprimerie Schiller. Paris. 1894.

Beide Fälle betrafen tuberkulöse Kinder. In dem einen Falle kam es zur Section; es fanden sich an der Peripherie des erkrankten Gewebes verschiedene Bakterien (Micrococcen und Bacillen).

E. J. MOURE.

49) **Galippe. Das Mal perforant der Backe. (Mal perforant buccal.)** *Rev. internat. de rhinolog. etc. 10. December 1895.*

Der Verf. hält es nicht für nothwendig, einen besonderen Krankheitstypus des Mal perforant der Backe zu schaffen. Die Ulcerationen, die Fournier beobachtet hat, erklärt er aus dem den Tabetikern eigenthümlichen Mangel an Heilungstrieb in den durch die alveoläre Pyorrhoe und den hierdurch verursachten Zahnausfall bedingten Läsionen.

E. J. MOURE.

50) **Liaras. Dauernde Kiefersperre. (Constriction permanente des machoires.)** *Journal de médecine de Bordeaux. No. 22. 20. December 1895.*

Die Ankylose bestand seit 22 Jahren, sie hatte sich im Anschluss an eine Osteo-Periostitis der Zähne entwickelt. Der Pat. suchte den Arzt wegen Rauhigkeit der Stimme auf; es war unmöglich, den Larynx zu untersuchen.

E. J. MOURE.

51) **J. Munk** (Berlin). **Ueber das Vorkommen von Rhodankalium im Mundspeichel.** *Pflüger's Arch. LXI. Heft 12. 1895.*

Im Maulspeichel des Hundes findet sich kein Rhodankalium.

A. ROSENBERG.

52) **Carl Hamburger. Vergleichende Untersuchungen über die Einwirkung des Speichels, des Pankreas- und Darmsaftes, sowie des Blutes auf Stärkekleister.** *Pflüger's Arch. LX. Heft 11.*

H.s Untersuchungen ergaben, dass der Speichel Diastase in grösseren Mengen enthält, als Blut und Darmsaft; dagegen weniger als der Pankreassaft. Glukose findet sich im Speichel nur in äusserst geringen Mengen.

A. ROSENBERG.

53) **Naegeli-Ackerblom** (Rüthi, St. Gallen). **Zähne und Mundwässer.** *Therap. Monatsh. 1895. October.*

Die gewöhnlich verwendeten Mundwässer sind fast alle den Zähnen nicht unschädlich und erreichen nicht den gewünschten Zweck. Rationell ist die An-

wendung von Desodorantien, schwachen Antisepticis und die ausgiebige mechanische Reinigung der Zähne mit Bürste und Wasser und Schonung des Emailles.

A. ROSENBERG.

54) **Galippe u. Potier. Zahnfleischentzündung; Allgemeininfection; Endocarditis und schneller Tod. (Gingivite. Infection généralisée. Endocardite. Mort rapide)** *Rev. internat. de rhinol. etc. No. 23. 1895.*

Der Fall betrifft eine 54jährige Modistin in gutem Ernährungszustand. Vor dem Tode wurde eine Phlegmasia alba dolens im rechten Arm beobachtet.

E. J. MOURE.

55) **Galippe. Kritische und experimentelle Untersuchungen über die Genese pathologischer Verkalkungen, insbesondere über die Bildung des Zahnsteins und der Speichelsteine. (Recherches critiques et expérimentales sur la genèse des calcifications pathologiques et en particulier sur la formation du tartre et des calculs salivaires.)** Recherches et notes originales. Paris. Imprimerie Schiller. 1894.

Verf. glaubt an den bakteritischen Ursprung dieser Gebilde; es ist ihm geglückt, experimentell die Synthese der Speichelsteine zu vollziehen.

E. J. MOURE.

56) **Grosse** (Halle). **Zur Casuistik der Zahncysten.** *Archiv f. klin. Chirurgie. 51. Bd. 2. Heft. 1895.*

In dem ersten Falle, der einen 32jährigen Mann betraf, handelte es sich um eine folliculäre Cyste mit deutlicher epithelialer Auskleidung, deren Inhalt leicht trübe, bernsteingelbe Flüssigkeit war und in deren Wandungen darin eingefügt 8 gut ausgebildete Zähne ihren Sitz hatten, auch in dem zweiten Falle handelte es sich um eine Zahncyste, die durch Zahnretention entstanden war. Bei weiteren 3 Fällen waren wohl débris épitheliaux paradentaires (Malassez) durch einen Reiz resp. ein Trauma zur Wucherung veranlasst worden und hatten so zur Bildung von folliculären Zahncysten geführt.

SEIFERT.

57) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Ein Fall von Xerostomie. (Case of xerostomia.)** *Australian Med. Gazette. 20. December 1895.*

Eine 46jährige Frau: die Anamnese ergiebt das Vorkommen von Rheumatismus und Gicht in der Familie; sie selbst aber war gesund bis vor 8 Monaten; seitdem klagt sie über ein Gefühl von Trockenheit in Nase, Hals und Mund, das beständig an Intensität zugenommen hat. Die gesammten Schleimhäute der oberen Luftwege bis in die Trachea herab erscheinen auffallend trocken. Die Speicheldrüsen reagiren auf keinen mechanischen oder chemischen, selbst nicht auf leichten electrischen Reiz. Die Behandlung war bisher ohne Erfolg. Verf. führt das Leiden auf eine centrale Nervenstörung zurück.

A. J. BRADY.

58) **W. T. Earnes. Behandlung einer Speichelfistel. (Treatment of salivary fistula.)** *Brit. Med. Journal. 9. November 1895.*

Beschreibung der Operation, die dem Speichelfluss ein Ende machte und zur Heilung der Fistel führte.

ADOLPH BRONNER.

59) **Guitard. Polypen der Mundhöhle. (Polypes de la cavité buccale.)** *Thèse de Bordeaux. 1895.*

Anlässlich eines Falles von myxo-fibro-lipomatösem Polypen studirt Verf. die verschiedenen gutartigen und gestielten Geschwülste, die in der eigentlichen Mundhöhle vorkommen. Er theilt sie in 4 Gruppen ein: Schleimpolypen, fibröse, myxo-fibro-lipomatöse und gestielte Lipome. E. J. MOURE.

60) **P. Koch. Eine seltene Anomalie des Zäpfchens. (Anomalie rare de la luette.)** *Annal. d. malad. de l'oreille. No. 3. März 1895.*

Ein Fall von ausserordentlicher Länge des Zäpfchens, das ca. $4^1/_2$ cm lang war und an seinem Ende einen kleinerbsengrossen Tumor trug. Der Kranke wusste nichts von seinem Leiden. Der Verf. betont den Umstand nachdrücklich, dass eine Hypertrophie von diesem Grade keine Störung verursachte; er meint, dass das langsame Wachsthum dieses Organs recht gut vertragen wird, während im Gegensatze hierzu die schnelle entzündliche Anschwellung Beschwerden macht.

E. J. MOURE.

61) **Béco. Adenom der Gaumenwölbung. (Adénome de la voûte palatine.)** *Rev. internat. de rhinol. etc. No. 23. 10. December 1895.*

Der Fall betrifft ein 22jähriges Mädchen; der Tumor nahm das Gaumensegel ein, nicht das Gaumengewölbe, wie die Ueberschrift dies anzudeuten scheint. Entfernt wurde die Geschwulst mit Messer und Curette. E. J. MOURE.

62) **Garel. Ueber eine Form von Pharyngitis, an der man Diabetes und Albuminurie erkennen kann. (Sur une forme de pharyngite permettant de reconnaitre le diabète ou de l'albuminurie.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 2. Februar 1895.*

Auf Grund von 21 Beobachtungen stellt Verf. die Behauptung auf, dass es eine Form von hyperämischer Pharyngitis giebt, die man als ein erstes Anzeichen bestehender Albuminurie oder diabetischer Erkrankung ansehen kann. Diese Pharyngitis soll nach G. beinahe pathognomonisch sein, sie lässt die Allgemeinerkrankung zu einer Zeit erkennen, wo die gewöhnlichen Symptome derselben noch nicht in Erscheinung treten. E. J. MOURE.

63) **Redact. Notiz. Chronische Pharyngitis. (Chronic pharyngitis.)** *N. Y. Med. Record. 9. November 1895.*

Rp.	Jodi	0,36
	Kalii jodati	0,72
	Menthol	
	Glycerin ana q. s. ad	30,0

M. D. S. mit weichem Pinsel 2 oder 3 mal täglich zu appliciren.

LEFFERTS.

64) **Hamon du Fougeray. Der Gebrauch des 10procentigen Mentholöls. (De l'emploi de l'huile mentholée au $^1/_{10}$.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 8. August 1895.*

Das 10procentige Mentholöl empfiehlt Verf. besonders für die Pharyngitis

sicca, die dem Patienten durch das Gefühl der Trockenheit im Halse, die Empfindung eines Fremdkörpers oder einen lästigen Husten sehr beschwerlich ist. In der Mehrzahl der Fälle verringern die Mentholpinselungen, die der Pat. sich übrigens selbst appliciren kann, die Trockenheit ausserordentlich.

E. J. MOURE.

65) **Krebs** (Hildesheim). **Ueber Pharyngitis (Laryngitis, Tracheitis) sicca oder atrophica.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 6 u. 7. 1895.*

Mittheilung von 12 Krankengeschichten, von denen der Verfasser gestützt auf die divergirende Ansicht der Autoren den Schluss zieht, dass es keine atrophische Pharyngitis oder Laryngitis oder Tracheitis atrophica gebe. Wenn es richtig ist, dass in der weitaus grössten Anzahl der Fälle, wie Referent in seinem Lehrbuch, 5. Auflage Seite 141 ausführte, das Secret aus Nase, Nebenhöhlen oder der Bursa pharyngea stammt, so giebt es doch anderweite Fälle, bei denen Erkrankung der Nase und deren Nebenhöhlen sowie der Bursa völlig ausgeschlossen ist, und wobei es sich nicht wie in den ersterwähnten Fällen um scheinbare, sondern um wirkliche Atrophie der Schleimhaut handelt.

SCHECH.

66) **Lennander** (Upsala). **Ein Fall von Pharynxerysipel. (Fall af farynxerysipelas.)** *Upsala läkareför. förhandl. 24. Bd.*

Im Anschluss an eine Erysipelepidemie in dem akademischen Krankenhause zu Upsala, wo die Krankheit sich in 4 Fällen auf der Schleimhaut des Rachens localisirte, giebt der Verf. eine monographische Beschreibung dieses Leidens.

SCHMIEGELOW.

67) **Siebenmann** (Basel). **Ueber Verhornung des Epithels im Gebiet des Waldeyer'schen adenoiden Schlundringes und über die sogenannte Pharyngomycosis leptothricia (Hyperkeratosis lacunaris).** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. II. Heft 3. 1895.*

Verf. hat 6 Fälle von sog. Pharyngomycosis mikroskopisch genau untersucht. Er erkennt das Wesen dieser Krankheit in einem ungewöhnlich intensiven Verhornungsprocess des lacunären Epithels. Die zunehmende Masse des verhornten Epithels drängt dasselbe als wirkliche Hornstacheln aus den Krypten heraus. In der Umgebung der Krypten fehlt jedes Zeichen von Entzündung; ebenso ist die Kryptenwand vollständig frei von Mikroorganismen. Leptothrixfäden finden sich nur an dem frei hervorragenden Theile des Stachels und wachsen hier rein saprophytisch, wie sie überall in der Mundhöhle sich finden, wenn irgendwo epitheliale Gebilde nach Einbusse ihrer vitalen Reaction sich anhäufen. S. will die in Rede stehende Krankheit danach nicht als Pharyngomycosis leptothricia, sondern als Hyperkeratosis lacunaris bezeichnet wissen.

Bezüglich der anatomischen Einzelheiten, die auch im Bilde wiedergegeben sind, sei auf die inhalts- und anregungsreiche Arbeit selbst verwiesen.

F. KLEMPERER.

68) **Siebenmann** (Basel). **Nachtrag zu vorstehend referirtem Aufsatz.** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. III. Heft 1 u. 2.*

Verf. citirt nächträglich 2 von ihm übersehene einschlägige Arbeiten.

F. KLEMPERER.

69) **F. de Havilland Hall. Mycosis fungoides.** *Brit. Med. Journal. 30. März 1895.*

Beim Meeting der Clinical Society of London vom 21. März 1895 zeigte Dr. Hall einen 52jährigen Mann, der an Mycosis fungoides litt. Der Patient hatte über Schmerzen in Armen und Beinen geklagt, und diese Theile mit Essigsäure eingerieben. Vor etwa $2^1/_2$ Jahren zeigte sich das Leiden an den Theilen der Haut, an welchen er die Säure applicirt hatte, speciell an der Aussenseite beider Arme. Die Affection breitete sich auf die Schenkel aus, und im September 1894 erschien eine Geschwulst von der Grösse eines Gänseeis auf der rechten Hüfte und eine andere am rechten Ellbogen. Diese Geschwülste bestanden von sechs bis zu neun Monaten. Andere erschienen, erweichten sich und entleerten Eiter, während wieder andere verschwanden, ohne bis zum suppurativen Stadium zu kommen. Im Juni 1895 erschienen auch Geschwülse an den Fingern, dem Kopf und im Gesicht. Seit October 1894 hatte er über Halsschmerzen geklagt, und gegenwärtig fanden sich Geschwülste der gleichen Art im Rachen und auf den Arytänoidknorpeln.

SEMON.

70) **Rosenberg. Einige Bemerkungen über die Tuberkulose des Rachens. (Quelques remarques sur la tuberculose pharyngée.)** *Revue de laryngol. No. 22. 15. November 1895.*

Die Rachentuberculose ist nach Verf. nicht besonders selten und von erheblicher Bedeutung; in der grossen Mehrzahl der Fälle ist sie Secundärerkrankung nach Lungen- oder Kehlkopftuberculose. Im Allgemeinen macht sie wenig Schmerzen, ausser wenn sie an den Mandeln ihren Sitz hat; sie erscheint in der Form von Ulcerationen, fast niemals in Gestalt von Tumoren. Die Differentialdiagnose zwischen Tuberculose des Rachens und Lupus stellt R. vielleicht etwas zu sehr in den Vordergrund.

E. J. MOURE.

71) **Delore** (Lyon). **Miliartuberculose des Rachens. (Tuberculose miliaire de l'arrière gorge.)** *Lyon méd. 1895. No. 29.*

Nichts Neues.

LUC.

72) **Minski** (Dorpat). **Zur Entwicklungsgeschichte und Klinik der Polypen und polypenähnlichen Gewächse des Rachens und der Speiseröhre.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 41. Bd. 6. Heft. 1895.*

Eine 65jährige Frau kam zur Aufnahme wegen einer polypenähnlichen Gechwulst, welche aus dem Munde, nahe dem rechten Mundwinkel, heraushing und bis unter das Kinn reichte (Abbild.). Der Stiel des Polypen liess sich bis in den Rachen verfolgen. Die Herausnahme der Polypen gelang mit der Cooper'schen Scheere unter Leitung der Finger. Die Ursprungsstelle lag wahrscheinlich an

dem Uebergang des Pharynx zum Oesophagus, fraglich ist ob an der vorderen oder hinteren Wand desselben. Die histologische Untersuchung ergab das Vorhandensein einer derben in Lamellen angeordneten Kapsel, das von dieser zusammengehaltene Innere der Geschwulst bestand aus Bindegewebe, elastischem Gewebe, Fett, glatter Muskulatur, Gefässen und Hohlräumen, die Gewebslücken erschienen zum Theil mit rothen Blutkörperchen erfüllt, liessen aber eine endotheliale Auskleidung vermissen.

Nach einer sorgfältigen Zusammenstellung der Literatur über Oesophaguspolypen bespricht Verf. die Entwicklungsgeschichte dieser Geschwülste, deren Entstehung er geneigt ist auf entwicklungsgeschichtliche Störungen zurückzuführen. Den Schluss des Aufsatzes bilden Bemerkungen über die klinischen Erscheinungen, Diagnose, Prognose nnd Therapie. SEIFERT.

73) **Grumach** (Riesenburg). **Ueber einen behaarten Rachenpolypen.** Dissertat. Königsberg. 1895.

Bei einem 3/4 Jahre alten Kinde fand man eine kirschgrosse, weiche kuglige Geschwulst am linken vorderen Gaumenbogen aufsitzend. Entfernung derselben mit der galvanocaustischen Schlinge.

Der äussere Ueberzug war epidermoidaler Natur, enthielt Epidermis, Rete Malpighii, Cutis, Härchen, Schweiss- und Talgdrüsen nebst den dazu gehörigen Arrectores pilorum. An einer Stelle wohlcharakterisirte Schleimdrüsen. Die Hauptmasse der Geschwulst bestehend aus kleinen Fettgewebsläppchen, zwischen denen sich kreuzende Züge von quergestreiften Muskelfasern verlaufen.

SEIFERT.

74) **Lichtwitz** (Bordeaux). **Ein Fall von Angiom des Pharynx.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 9. 1895.*

Längliche radial gestellte Geschwulst hinter der linken Tonsille und dem hinteren Gaumenbogen bei einem 16jährigen Mädchen, die ohne jegliche Störung verlaufen war und desshalb nicht operirt wurde. SCHECH.

75) **Ficano** (Palermo). **Fibrom der hinteren Pharynxwand. (Fibroma della parete posteriore della faringe.)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1895. No. 6.*

Taubeneigrosse, bewegliche, bläuliche, ziemlich harte, dem rechten Theile der hinteren Pharynxwand durch einen schmalen Stiel adhärirende, bei einer 30jährigen Dame beobachtete Geschwulst.

Abtragung durch Blake'sche Schlinge. Rasche Heilung.

Mikroskopische Diagnose: Reines Fibrom, aus fibrillärem Bindegewebe zusammengesetzt. TOTI.

76) **Depage. Pharynxexstirpation. (Pharyngectomie.)** *Journ. de Méd. de Chir. 24. 1895.*

Vollständige Exstirpation des Pharynx sammt Epiglottis wegen eines Krebses beider Mandeln, der zum grossen Theil die Schleimhaut des Pharynx in Mitleidenschaft gezogen hatte. Trotz verschiedener Complicationen — lobuläre Pneumonie — profuse Diarrhö — Urinretention mit eitrigem Urin in Folge einer Cystitis pu-

rulenta mit Urethralstenose, bei welcher die Urethrotom. int. vorgenommen werden musste, wurde vollständige Heilung erzielt.

B. stellte den Kranken in der Kgl. Gesellschaft für Medicin und Naturwissenschaften von Brüssel am 6. Mai 1895 vor. Derselbe schluckt Flüssigkeiten und halbfeste Nahrung. Die Trachealkanüle ist seit einigen Wochen entfernt und die Respiration geht unbehindert auf natürlichem Wege vor sich. BAYER.

77) **Alexander Baurowicz** (Krakau). **Zur Aetiologie der Pharynxstricturen.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. III. Heft 3. 1895.*

Unter den ätiologischen Momenten, die zu Rachenverengerung führen, nimmt in der Heimath des Verf.'s die oberste Stelle ein — vor der Lues noch, der nächst häufigen Ursache, vor Lupus, Diphtherie und Verletzungen durch Aetzen etc. — das Sklerom der oberen Luftwege. Verf. bespricht den Sitz der sklerotischen Stricturen im Rachen und ihre besonderen Kennzeichen. Die Behandlung mit dem Galvanokauter hat bei dieser Form der Stricturen gute Resultate gegeben.

F. KLEMPERER.

78) **S. K. Bremer. Retropharyngealabscess. (Retropharyngeal abscess.)** *Arch. Pediatrics (N. Y.). März 1895.*

Der Fall betrifft ein Kind von 3 Monaten. Es hatte nur leichte Dyspnoe und Dysphagie bestanden, auch äusserlich keine Zeichen eines Abscesses; derselbe wurde erst bei der Section erkannt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

79) **A. Hand jr. Ein Fall von Retropharyngealabscess. (A case of retropharyngeal abscess.)** *Archives of Pediatrics (N. Y.). Juli 1895.*

Der Fall ist interessant wegen des wahrscheinlichen Infectionsmodus — der Patient litt an acuter Parotitis — und wegen der Schwierigkeit der Diagnose; der Abscess brauchte 3 Wochen zu seiner Entwicklung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

80) **Levrey** u. **Ghika** (Paris). **Plötzlicher Tod im Moment der Eröffnung eines Retropharyngealabscesses. (Mort subite au moment de l'ouverture d'un abcès retro-pharyngien.)** *Journ. de clin. et de thérap. infant. 17. December 1895.*

Der Abscess lag rechts und hinter dem Pharynx in der Höhe der Aryknorpel und wurde unter der Führung des Zeigefingers mittelst eines Bistouris incidirt. Es wurde sofort der Kopf nach vorn unten gebeugt und ein Strom Eiter floss durch den Mund und die Nasenhöhlen heraus. Der Athem hielt aber plötzlich an und nichts konnte das sechsjährige Kind zum Leben zurückenrufen. Da bei der Section keine Spur von Eiter in den Luftwegen entdeckt wurde, schreiben die Verff. den Tod einer reflectorischen Syncope zu. LUC.

d. Diphtheritis und Croup.

81) **van Nes** (Hannover). **Ueber 52 mit Heilserum behandelte Diphtheriekinder.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1895. No. 23.*

Von den 52 Kindern wurden 40 (77 pCt.) geheilt, von 22 Operirten genasen 14 (64 pCt.), von den 30 Nichtoperirten 26 (87 pCt.). LANDGRAF.

82) **W. Nolen** (Leiden). **Erfahrungen über das Heilserum bei einer Hausepidemie von Diphtherie.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. 1895. No. 23.*

W. Nolen, 10 J., erkrankt 21. 1. 95, eingespritzt am 22. 1, geheilt am 24. 1. (Keine Diphtheriebacillen.)

Henri N., $4^1/_2$ J., prophylaktisch eingespritzt am 22. 1., erkrankt am 23. 1., geheilt am 25. 1. (Nicht bacteriologisch untersucht.)

Claire d. C., 30 Jahre, erkrankt 25. 1., nicht eingespritzt, Behandlung mit Löffler's Mischung, langsame Reconvalescenz. Lähmung des weichen Gaumens. Heilung. (Diphtheriebacillen.)

Daniel N., 14 Monate, prophylaktisch eingespritzt 22. 1, erkrankt 26. 1., nochmals eingespritzt am 27. 1., geheilt 29. 1. (Diphtheriebacillen.)

LANDGRAF.

83) **Kurth. Die Ergebnisse bei der allgemeinen Anwendung des Diphtherieheilserums in Bremen in der Zeit vom 8. October 1894 bis 31. Januar (30. April) 1895.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 27, 28, 29.*

Ausführliche für ein Referat nicht geeignete Arbeit. LANDGRAF.

84) **Zielenziger. Einige Fälle von Exanthemen nach Behandlung mit Diphtherieheilserum.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 35.*

Z. berichtet über 5 derartige Fälle. LANDGRAF.

85) **P. Marcuse. Beitrag zu den schädlichen Nebenwirkungen des Diphtherieheilserums.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 35.*

Die Nebenwirkungen entwickelten sich 11 Tage nach Anwendung des Serums, nachdem die Diphtherie glücklich überstanden war. Fieber, Albuminurie, Urticaria-ähnlicher Ausschlag, Gaumen- und Augenmuskellähmung, Gelenkschmerzen gestalteten das Krankheitsbild zu einem zeitweilig sehr schweren, zumal der Puls bei wieder niederer Temperatnr sehr beschleunigt (200) und klein war. Schliessliche Heilung. LANDGRAF.

86) **Timmer. Die Serumtherapie bei Diphtherie im Kinderkrankenhaus zu Amsterdam.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 37.*

Von 147 mit Serum behandelten Fällen starben 13 = 8,8 pCt.

Bleibende schädliche Folgen zeigten sich nicht. LANDGRAF.

87) **Bachmann. 35 Fälle von Diphtheriebehandlung mit Behring's Serum aus der Privatpraxis.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 37.*

B. hatte nur 1 Todesfall unter den behandelten 35 Fällen. LANDGRAF.

88) **Rumpf. Ueber die Behandlung der Diphtheritis mit Behring'schem Heilserum.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 37.*

R. berichtet über 26 im neuen allgemeinen Krankenhaus in Hamburg behandelte Fälle mit 2 Todesfällen. LANDGRAF.

89) **Behring. Leistungen und Ziele der Serumtherapie.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1895. No. 38.*

Der Begründer der Serumtherapie hat in diesem in der ersten allgemeinen

Sitzung der 67. Naturforscherversammlung in Lübeck gehaltenen Vortrag als Ausgangspunkt seiner Bestrebungen die Idee hingestellt, dass die Naturheilung derjenigen Krankheiten, welche auf specifische Gifte zurückzuführen sind, durch Erzeugung von specifischen Gegengiften im erkrankten Organismus ermöglicht wird. Er bespricht dann unter Heranziehung eines grossen Zahlenmaterials das bisher bei der Diphtherie Erreichte und stellt in Aussicht, dass, wie jetzt bei der Diphtherie, so später bei Cholera, Tetanus und Tuberkulose das wirksame Antitoxin gefunden werden würde.

Der wichtige, 22 Druckspalten umfassende Vortrag muss im Original nachgelesen werden. LANDGRAF.

90) **Becker. Bericht über 12 Fälle mit Behring's Heilserum behandelt.** *Deutsche med. Wochenschr.*

Von den 12 Kindern starben 2. B. hebt hervor das rasche Schwinden der Beläge, das Flüssigwerden des Trachealsecrets, die Besserung des Allgemeinbefindens. LANDGRAF.

91) **Kohts** (Strassburg). **Erfahrungen über das Heilserum.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1895. No. 39.*

Kurzes Referat über einen im Aerzteverein gehaltenen Vortrag, der ausführlich in den therapeutischen Monatsheften erscheinen soll. Die Tracheotomirten (11) ergaben 30,77 pCt., die Nichttracheotomirten (28) 9,1 pCt. Mortalität.

In der Discussion plaidirt Levy und Kien für die Serumtherapie, während Naunyn vor zu grossem Enthusiasmus warnt. LANDGRAF.

92) **Pfeilsticker** (Halle). **Ueber das Behring'sche Heilserum.** *Med. Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesver. 17. 1895.*

Vf. hat 37 Fälle behandelt und 11 immunisirt. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Der Heilerfolg ist sicher in allen Fällen von echter Diphtherie, wenn das Serum innerhalb der ersten 24 Stunden angewendet wird, 2. bei beginnender Tracheostenose ist das Heilserum im Stande, die Krankheit so rasch zu coupiren, dass die Tracheotomie vermieden werden kann, im Falle der Tracheotomie sind die Aussichten besser als früher. 3. In vielen Fällen hat das Heilserum noch gute Wirkung, wenn es nicht gelang, innerhalb der ersten 48 Stunden zu injiciren; es ist daher auch Spätinjection anzurathen, zumal das Mittel nicht wesentlich schadet. SEIFERT.

93) **Pistor** (Berlin). **Erkrankungen nach prophylaktischer Anwendung von Behring's Diphtherieheilserum.** *Deutsche Aerzte-Zeitung. 24. 1895.*

Bei dem 7jährigen Mädchen von P. wurden 900 Antitoxin-Einheiten eingespritzt vor Entscheidung der bakteriologischen Untersuchung, die schliesslich das Fehlen von Diphtheriebacillen constatirte. Als Complication der Serumbehandlung trat unter heftigen Gelenk- und Muskelschmerzen ein scharlachähnliches Exanthem in häufig sich wiederholenden Nachschüben auf. SEIFERT.

94) **Leichtenstern** u. **Wendelstadt. Unsere Erfahrungen mit dem Diphtherieheilserum.** *Münchner medicin. Wochenschr. No. 24. 1895.*

Die Gesammtmortalität an Diphtherie ging seit Anwendung des Heilserum von durchschnittlich 30,9 pCt. der früheren Zeit auf 20,3pCt. zurück; dieser letztere Procentsatz wurde vor der Serumtherapie niemals erreicht. Auch die Mortalität der Tracheotomirten war nie so gering als zur Zeit des Heilserum. Dagegen wurde die Mortalität der Nichtoperirten seit der Serumtherapie nicht kleiner. Trotzdem sind die Verfasser Anhänger der Serumtherapie, von der sie aber plötzliche und auffallende Wirkungen nicht gesehen haben. Schaden haben sie auch keinen davon gesehen. **SCHECH.**

95) **Cnopf sen. Ueber Diphtherie.** *Münchner medicin. Wochenschrift. No. 25. 1895.*

Vortrag im ärztlichen Verein zu Nürnberg über 18 Fälle, bei denen der günstige Einfluss auf das starke Sinken der Mortalität dem Heilserum zuzuschreiben sein dürfte. **SCHECH.**

96) **Seitz. Die bisherigen Ergebnisse der Behring'schen Serumbehandlung in der Münchener Privatpraxis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 29. 1895.*

Ein abschliessendes Urtheil ist wegen der verhältnissmässig geringen Zahl der Fälle und des zumeist milden Charakters der Krankheit noch nicht möglich. Immerhin herrscht die günstige Beurtheilung vor, ebenso die Thatsache, dass keine schädigende Wirkungen zu Tage traten. **SCHECH.**

97) **Eisenstaedt** (Pappenheim). **Diphtherieheilserum in der Landpraxis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 29. 1895.*

Bericht über 102 Fälle; gesammelt und beobachtet von den Mitgliedern des ärztlichen Vereins in Südfranken. Resultat äusserst günstig, Verfasser voll des Lobes über das Serum. **SCHECH.**

98) **Fürth. Ueber 100 mit Behring's Heilserum behandelte Fälle von Diphtherie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 30. 1895.*

Die auf der medicinischen und chirurgischen Klinik zu Freiburg i. B. mit dem Serum erzielten Resultate sind sehr gut, indem die Sterblichkeit von 39 pCt. auf 12 pCt. herabsank; es wurde gleichzeitig eine lokale Behandlung vorgenommen. Immerhin kommt F. zu dem Schlusse, dass wir in dem Heilserum ein specifisches in seiner Wirkung von keinem andern erreichtes Mittel gegen Diphtherie besitzen. **SCHECH.**

99) **Springorum. Bericht über 206 mit Behring's Heilserum behandelte Diphtherieerkrankungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 31 u. 32. 1895.*

Im Allgemeinen günstige Resultate; eine Einwirkung auf das Fieber konnte nicht constatirt werden; dagegen ein Stillstand der diphtherischen Processe 12 bis 24 Stunden nach der Injection. Sehr hoch ist der Procentsatz der tracheotomirten Kinder mit 113; wovon 52 starben. Während eine schädliche Wirkung des Serums auf das Nierengewebe nicht constatirt wurde, glaubt Springorum die

grosse Zahl der an Herzparalyse Verstorbenen (24) mit dem Serum in Verbindung bringen zu müssen; es scheine, als ob das Serum für das Herz nicht ganz indifferent sei. Exantheme wurden gleichfalls beobachtet. Sp. glaubt, dass sich auch eine gewisse immunisirende Wirkung dem Serum nicht absprechen lasse.

SCHECH.

100) **Wesener** (Aachen). **Mittheilungen zur Behandlung der Diphtherie mit Behring's Heilserum.** *Münch. med. Wochenschr. No. 37 u. 38. 1895.*

W. kommt auf Grund seiner Erfahrungen im städtischen Mariahilfspital in Aachen zu folgenden Schlüssen:

1. Bei einfacher diphtheritischer Rachenerkrankung leistet die blosse Serumtherapie nicht mehr, freilich auch nicht weniger wie eine zweckmässige Localbehandlung. Nur verhütet sie anscheinend besser ein Fortschreiten des Processes auf den Larynx, wie die Localtherapie; ein Dazutreten von Sepsis kann sie nicht sicher verhindern.
2. Bei Larynxcroup wird durch die Serumbehandlung die Tracheotomie resp. Behandlung der Stenose anscheinend oft weniger nöthig, wie bei anderen Methoden.
3. Bei Larynxcroup mit Tracheotomie wird entschieden bei der Serumthetherapie das Fortschreiten der Diphtherie auf Trachea und Lunge sicherer als bei anderer Behandlung verhütet. Ist jedoch schon Trachealcroup vorhanden, so ist auch die Wirksamheit des Serums zweifelhaft.
4. Bei vorhandener Sepsis leistet das Serum ebenso wenig, ja wohl weniger als die anderen Methoden.
5. Die immunisirende Eigenschaft des Serum ist noch nicht sichergestellt.
6. Schädlich ist die Serumbehandlung nicht.

SCHECH.

101) **Ritter** (Berlin). **Weitere Mittheilungen über die ansteckende Halsbräune (Diphtherie) und die Blutserumbehandlung derselben.** *Wiener med. Wochenschrift. 1895. No. 16, 17, 18, 19 u. 20.*

Als Beweis für die specifische Wirksamkeit des Klebs-Löffler'schen Bacillus fordert R. seine Nachweisbarkeit in jedem Falle zu irgend einer Zeit und die Identität des pathologischen Geschehens bei natürlicher und artificieller Infection. Diese pathologischen Veränderungen sind aber von Fall zu Fall sehr verschieden, und gewöhnlich kommen neben dem Löffler'schen Bacillus noch viele andere Microorganismen vor, und die gegenseitige Beeinflussung dieser Bacterien spielt die Hauptrolle bei dem diphtherischen Processe. Dem entspricht Monti's Eintheilung in fibrinöse, phlegmonöse und gangraenöse Form, je nach dem Auftreten blos von Diphtheriebacillen, oder von Löffler'schen Streptococcen oder von Streptococcen in weitaus überwiegender Zahl bei fast völligem Fehlen der Löffler'schen Bacillen.

Bei 401 bacteriologisch constatirten Diphtheriefällen hatte R. nur $18^3/_4$ pCt. Todesfälle.

Durch seine mechanisch - antiseptische Methode erzielte er bei 50 neuen Fällen 24 pCt. Mortalität, bei 50 anderen durch dieselbe Methode und Injection von sterilisirtem Pferdeblutserum 16 pCt. Mortalität, bei 50 anderen mit Diphtherie-

heilserum allein 18 pCt. Mortalität. Jedenfalls hat also das Heilserum allein einen günstigen Einfluss auf fibrinöse und theilweise auch auf phlegmonöse Formen, wie aus der im Detail nachzulesenden Statistik hervorgeht. Mehr kann R. aber nicht aussagen.

CHIARI.

102) **Bericht über die in den Königreichen Croatien und Slavonien mit Heilserum behandelten Diphtheritisfälle und die zum Zwecke der Immunisirung vorgenommenen Schutzimpfungen.** *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 18.*

Es wurden nur schwere und schwerste Fälle (grösstentheils bacteriologisch constatirt), nur meistens von dem sechsten Tage der Erkrankung injicirt. Von 255 Kranken des Flachlandes starben 29, von 173 Kranken in Städten 17. Das Mortalitätsprocent betrug also auf dem flachen Lande 11,4 pCt., in den Städten 9,7 pCt., im ganzen Lande 10,8 pCt. Ueble Folgen sah man niemals.

Immunisirungen wurden 826mal vorgenommen. Von diesen 826 Personen erkrankten nur 17 Kinder (2 pCt.), von denen nur 1 starb.

5 immunisirte Kinder erkrankten innerhalb 8 Tagen, die übrigen 12 im Zeitraume von 6—12 Wochen.

In den früheren Jahren betrug die Mortalität an Diphtherie zwischen 40 und 65 pCt.

Deshalb verfügte die Landesregierung, dass alle Diphtheriekranken künftighin mit Heilserum zu behandeln seien.

CHIARI.

103) **Germonig** (Triest). **Bericht über die Behandlung von 362 Diphtheriekranken mit Behring'schem Heilserum im Civilspitale zu Triest.** *Wiener klin. Wochenschrift. 1895. No. 21 u. 22.*

1886—1891	wurden	179	Kranke	behandelt	mit	60 pCt.	Mortalität,
1892	„	78	„	„	„	51,2 pCt.	„
1893	„	110	„	„	„	52,7 pCt.	„
bis 24. Aug. 1894	„	149	„	„	„	46,3 pCt.	„

ohne Serum behandelt.

Vom 24. Aug. 1894 bis 31. Jan. 1895 wurden 362 mit Serum behandelt mit 19,8 pCt. Mortalität.

Zu gleicher Zeit wurden wegen zeitweisem Mangel des Serums 99 Diphtheriefälle ohne Injection behandelt, wovon 35,3 pCt. starben.

Von den 362 mit Serum behandelten waren 61 leichte, 145 mittelschwere und 156 schwere (gest. 71).

Exantheme traten in 53 Fällen auf.

G. schliesst aus seinen Beobachtungen, dass das Heilserum besonders innerhalb der 3 ersten Tage sehr verlässlich wirkt, dass der Kehlkopf seltener ergriffen wird, dass auch die septischen Fälle günstig beeinflusst werden, dass es aber die Lähmungen nicht verhindert, ebensowenig wie die Pneumonien, und dass in Folge der Serumtherapie Exantheme mit Fieber und Gelenkschwellungen auftreten können. Gefahren ernster Art bringt die Serumtherapie nicht. Jedoch schützt sie nicht vor wiederholter Erkrankung.

CHIARI.

104) **Neudörfer** (Wien). **Neue Gesichtspunkte zur Pathogenese und Therapie der Diphtherie.** *Wiener med. Wochenschrift. 1895. No. 22, 23, 24, 25, 26 und 27.*

Die Lehre von der Serumtherapie sei bis jetzt nur Glaubenssache. Der günstige individuelle Eindruck auf die Aerzte sei sehr unverlässlich; die Statistik beweise bis jetzt nichts für und nichts gegen den Werth des Serums; das Serum sei auch nicht gefahrlos. Dann sei das wirksame Princip (das Antitoxin) noch unbekannt. Daher solle man die Injectionen aufgeben, bis die Heilkraft des Serums erwiesen sei. N.'s Vorschläge zur Vornahme der zum Beweis nöthigen Experimente entziehen sich der kurzen Besprechung, da sie zu viele Details über Culturen, Impfung etc. enthalten. Schliesslich gelangt N. zu folgender Hypothese: Der Bacillus Löffler producirt ein Gift, welches von der Nasenschleimhaut aufgenommen die rothen Blutkörperchen in ihrer Funktion beeinträchtigt.

CHIARI.

105) **Chantemesse** (Paris). **Serumtherapie von den Verdauungswegen aus. (Sérotherapie par voie intestinale.)** *Soc. méd. des hôpit. 31. Januar 1895.*

In 3 Fällen, die auf diese Weise behandelt wurden, schien das per os gegebene Serum ebenso wirksam zu sein, wie subcutan einverleibtes. LUC.

106) **Patet. Die Serumtherapie, ihre Anwendungsweise und klinischen Resultate. (La sérotherapie, mode d'emploi, résultats cliniques.)** *Thèse de Lyon. 1895.*

Eine gute Studie über die Serumtherapie bei der Diphtherie; der Verf. zeigt an der Hand der Statistik den Nutzen dieser Behandlungsmethode. Die Zufälle, die ihr zugeschrieben wurden, sind der Diphtherie selbst eigenthümlich; nur die Ausschläge scheinen auf Rechnung des Serums zu kommen. In der Diphtherieabtheilung des Hôpital de la Charité in Lyon ist die Diphtheriesterblichkeit, die früher 40—50 pCt. betrug, unter der Serumbehandlung auf 17 pCt. gesunken.

A. CARTAZ.

107) **Silva. Erster Bericht über die Behandlung der Diphtherie mit Heilserum in Pavia. (Primi resultati col siero di Behring in Pavia.)** *Gazz. degli Ospit. 1895. No. 27.*

S. hat überraschende Resultate gesehen. Die Mortalität ist von 61,9 pCt. auf 7,16 pCt. herabgesetzt worden. A. TOTI.

108) **Finck. Handbuch der antidiphtheritischen Serotherapie. (Manuel de sérothérapie antidiphthérique.)** Brüssel. Laurtin. 1895.

Vorrede von Destrée über die antidiphtheritische Serotherapie in der Entwicklung der Therapie. — Der Autor versucht einen vollständigen methodischen und praktischen Ueberblick der neuen Behandlung der antidiphtheritischen Serotherapie zu geben, und macht in der Einleitung eine kurze Skizze über die Entstehung und Entwicklung der Serotherapie mit entsprechender Berücksichtigung der Leistungen der einzelnen Forscher auf diesem Gebiete.

Im ersten Theil seines Buches studirt er die Bereitung des antidiphtheri-

tischen Serums mit allen wünschenswerthen Details und Aufschlüssen; die Methoden zur Herstellung der Immunität, die Versuchsmethoden über den Werth des antitoxischen Serums und die Concentrations- und Extractionsmethoden des Antitoxins.

Im zweiten Theil bespricht er die Anwendung des Serums bei der Experimentaldiphtheritis, die Heilung der Thierdiphtheritis; die Rolle des Serums bei diphtheritischer Mischinfection, die verschiedenen vorgeschlagenen Theorien zur Erklärung der Wirkung des Serums.

Der dritte Theil handelt von der Anwendungsweise des Serums bei den Kranken und den mit der Serotherapie erzielten Resultaten.

Zum Schlusse bespricht er noch die bedeutungsvolle Frage der Diphtheritisprophylaxe. — Das interessante Werkchen kann wärmstens empfohlen werden, und findet denn auch allgemeinen Anklang.

BAYER.

109) **Crick. Diphtheritis gemischt mit Mikroben behandelt mit dem antitoxischem Serum Behring's. Tod. (Diphthérie à association microbienne traitée par le serum antitoxique de Behring. Decès.)** *La Clinique. No. 16. 1895.*

Einem Kind von einem Jahr wurden sechs Einspritzungen von 55 ccm Behring'schem Serum gemacht. Da das Kind nicht an Larynxstenose starb, könnten die Einspritzungen nicht Antheil an dem letalen Ausgang gehabt haben? Des Guten zu viel!

BAYER.

110) **Nauwelaers. Statistik der Diphtheritisfälle aus der Prof. Tordeus'schen Abtheilung des St. Petrushospitals. (Statistique de diphthéries recueillie dans le service de M. le Prof. Tordeus à l'hôpital St. Pierre.)** *La Presse Méd. Belge. 30. 1895. Journal de Méd. de Chir. etc. 23. 1895.*

Vom April 1894 bis April 1895 wurden 73 Kinder mit der Diagnose „Diphtheritis" aufgenommen. Darunter waren 26 Anginen mit falschen Membranen, 6 diphtheritische und 20 pseudodiphtheritische: 46 Fälle von Croup, darunter 24 in Begleitung von Anginen und 22 genuinen Croups, wovon 7 diphtheritisch und 15 pseudodiphtheritisch waren. — 32 Fälle wurden mit Serum behandelt. Davon waren 22 diphtheritischer Natur (2 Anginen und 20 Croup) und 10 pseudodiphtheritischer (1 Angina und 9 Croup).

Das Resultat ergab 80 pCt. Heilungen für die diphtheritischen Affectionen. Dabei wurde die Beobachtung gemacht, dass das antidiphtheritische Serum die Temperatur nicht herabsetzt, sondern im Gegentheil oft ein ephemeres Fieber 24 bis 48 Stunden nach der Injection hervorruft.

BAYER.

111) **Maréchal. Die antidiphtheritische Serotherapie. (La serothérapie antidiphthéritique.)** *La Presse Méd. Belge. No. 30. 1895.*

Weitere 6 Beobachtungen von Anginen, welche mit dem Serum aus dem bacteriologischen Institut des „Parc Leopold" behandelt wurden.

Die Seruminjectionen wurden nur dann erneuert, wenn bei der bacteriologischen Untersuchung der Löffler'sche Bacillus nachgewiesen wird.

Mulle theilt die Fälle mit; 3 davon waren diphtheritischer Natur und rasch geheilt; von den 3 andern, bei welchen man Streptococcen vorfand, starb ein Kind;

die Angina war bei ihm in Gefolge von Scharlach aufgetreten und das Kind kam unter recht schlechten Verhältnissen zur Aufnahme ins Spital. BAYER.

112) **A. Malinowski. Ueber die Diphtherieheilserumbehandlung. (Leczenie chorych na błonica surowica.)** *Gazeta lekarska. No. 27 u. 28. 1895.*

In der zweiten Serie der Fälle im Warschauer Kinder-Hospital wurden der specifischen Behandlung 56 Kinder unterzogen.

Von 23 Fällen von Laryngitis diphtheritica starben 2 und genasen 21 (Sterblichkeit 10 pCt.), von 33 Fällen von diphtheritischer Angina starben 2 und genasen 31 (Sterblichkeit $6^1/_3$ pCt., im Gesammt circa 7 pCt.). In allen Fällen wurde die bacteriologische Untersuchung vorgenommen. A. v. SOKOLOWSKI.

113) **Wt. Sawicki. Ueber die Diphtherieheilserumbehandlung. (Leczenie surowica chorych na błonica.)** *Medycyna. No. 32, 33, 34. 1895.*

Im Warschauer Kinder-Hospital wurden vom Verf. 27 Fälle von Diphtherie mit Serum behandelt. Von 16 Fällen von diphtheritischer Angina starb ein Kind an Uraemie, 15 genasen; von 11 Fällen von Laryngitis diphtheritica im Alter von 1—9 Jahren starb 1 Kind, tracheotomirt wurde 1 Kind. In allen Fällen wurden genaue bacteriologische Untersuchungen vorgenommen. A. v. SOKOLOWSKI.

114) **M. Przyjatkowski. 3 Fälle von Diphtherie behandelt mittelst der Serumtherapie. (Trzy przypadki błonicy, wyleczonej surowrig.)** *Gazeta lekarska. No. 34. 1895.*

Es handelt sich um 2 Fälle von Laryngitis diphtheritica und einen Fall von Angina mit ziemlich schwerem Verlaufe und günstigem Ausgange.

A. v. SOKOLOWSKI.

115) **W. Jez. Ueber den Befund von Diphtherie-Bacillen im Secrete des Herpes labialis im Verlaufe der Diphtherie. (O znachodzeniu sia pratków błoniczych w opryszczkach wargowych [Herpes labialis] w przebiegu błonicy.)** *Przeglad lekarski. No. 35. 1895.*

Verf. beschreibt einen Fall von Halsdiphtherie mit bacteriologischem Nachweis von Löffler'schen Bacillen und Staphylococcus, bei welchem am 9. Tag der Krankheit ein Herpes labialis sich entwickelte. Im Inhalte der Bläschen wurden mikroskopisch sowie durch Culturen vom Verf. ebenfalls Diphtherie-Bacillen und Staphylococcus nachgewiesen. A. v. SOKOLOWSKI.

116) **J. Weisblat. Ueber die Diphtherieheilserumbehandlung. (Leczenie surowica przeciwbłonicowa.)** *Gazeta lekarska. No. 37 u. 38. 1895.*

Im Warschauer israelitischen Krankenhause wurden 44 Kinder im Alter von 1—6 Jahren der specifischen Behandlung unterzogen; davon starben 10 (22 pCt.), tracheotomirt wurden 27, darunter 8 Todesfälle = 25,9 pCt.

A. v. SOKOLOWSKI.

117) **Sahli** u. **Deucher** (Bern). **Zur klinischen Diagnose der Diphtherie.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 16. 1895.*

S. sucht in diesem Aufsatz an der Hand eines klinischen Materials von 118

echten bacillären Diphtheriefällen, 1 Coccen-Pseudodiphtherie, einigen verdächtigen Croupfällen und einiger Anginae lacunares, zusammen 146 Fällen, deren Bearbeitung sein Assistent D. durchführt, gegenüber der bacteriologischen der klinischen Diagnose wieder ihre rechtmässige Bedeutung wiederzugeben. Er zeigt durch vergleichende bacteriologische und klinische Untersuchungen, dass letztere bei genauer klinischer Erwägung und Inspection der Fälle von Halsentzündung mit membranösen oder punctirten Belägen fast immer von sich aus mit der bacteriologischen Diagnose zusammentrifft, dass daher jeder Arzt die Diagnose ohne Mikroskop mit annähernder Sicherheit stellen und die Pseudodiphtherien und lacunären Anginen von der echten Diphtherie unterscheiden kann. Ohne auf die Zahlen der Arbeit einzugehen, seien hier an der Hand der Schlusssätze die nöthigen Erläuterungen gegeben.

1. „Echte klinische" Diphtherie des Rachens mit typischen Pseudomembranen fällt, besonders wenn man die Scharlachfälle ausschliesst, so gut wie immer auch zusammen mit dem ätiologisch bacteriologischen Begriff „Löffler'sche Diphtherie" d. i.: „Membranöse Entzündung, gewöhnlich vorerst der Tonsillen. Die Membranen sind zäh, weiss, speckig, lassen sich zusammenhängend abziehen, sitzen auf einer krankhaft veränderten leicht blutenden Oberfläche, dann greifen die Membranen unter Umständen auch weiter auf weichen Gaumen, hintere Rachenwand, Larynx etc."

2. Die punktförmige Diphtherie zeigt ganz die gleiche Coincidenz wie die echte klinische Diphtherie mit dem bacteriellen Befund und ist auch klinisch nicht mit der Angina lacunaris zu verwechseln. Bei der punktförmigen Diphtherie sitzen die Flecke oder Punkte auf den mehr vorspringenden Theilen der Tonsillan und deren Farbe ist weisslich; mitunter sind die Flecke scharfrandig fetzig. Die Punkte lassen sich nie ausdrücken, hie und da abreissen; oft sind sie aber so fest, dass man eher die Schleimhaut mitreisst. Kommen hierzu die Symptome der Laryngostenose, so wird die klinische Diagnose auf Diphtherie sicher.

Bei der Angina lacunaris gegentheils sitzen die Punkte in Vertiefungen der Krypten, oder scheinen wie Eiterpunkte durch, lassen sich ausdrücken, haben gelbliche Farbe, confluiren.

3. Die typische Angina lacunaris beherbergt gewöhnlich keine Diphtheriebacillen und lässt sich klinisch von der punktförmigen Diphtherie unterscheiden (s. sub. 2).

4. Die sogenannte Streptococcenpseudodiphtherie zeigt nicht nur bacteriologisch sondern auch klinisch meist ein anderes Bild als die echte Diphtherie und spielt, besonders nach Abzug der als solche meist ohne weiteres diagnosticirbaren Scharlachdiphtherie in Betreff ihrer Verwechslung mit wahrer Diphtherie eine ganz untergeordnete Rolle. Unterschiede gegenüber echter Diphtherie: Starke Röthung des ganzen Rachens, geringe Adhärenz und Cohärenz der Membranen. Der Belag ist diffuser, gelber, schmutziger. Die Consistenz bildet den wesentlichsten Unterschied, wenn auch echte Diphtherie später schmutzige Beläge zeigt. Grössere Schwierigkeiten dürften bei Scharlach-Diphtherie entstehen, wenn das Exanthem fehlt und gleichzeitig echte Diphtherie und Scharlach regieren. Dann muss allerdings das Mikroskop bacteriologisch entscheiden.

5. „Zu einer harmlos aussehenden Angina catarrh. oder sogar auf normalen Tonsillen ist das Vorhandensein von Diphtherie-Bacillen nicht ausgeschlossen. Anamnese, Vorhandensein von Diphtherie- und Croupfällen in der Nase, gleichzeitige Larynxstenose müssen daran denken lassen."

6. „Das nachweisbare Auftreten von echten Pseudomembranen in Kehlkopf und Luftröhre fällt fast immer auch zusammen mit der Anwesenheit von Löffler-schen Bacillen.

7. Bei echtem Larynxcroup sind sehr häufig die Bacillen auf den Tonsillen nachweisbar, auch wenn diese nicht oder nur wenig erkrankt zu sein scheinen.

8. Auch wenn weder in Pharynx noch Larynx Pseudomembranen nachgewiesen werden können, lässt sich doch meist aus Anamnese und Verlauf wahrer Croup von Pseudocroup unterscheiden.

9. Man diagnosticirt klinisch eher zu wenig echte Rachendiphtherie und zu wenig echten diphtheritischen Croup als zu viel.

10. Das Hinzukommen von Streptococcen zu den Diphtherie-Bacillen scheint nicht die prognostisch schlechte Bedeutung zu haben wie bis jetzt vielfach angenommen wird.

11. Negativer Ausfall der bacteriologischen Untersuchung auf Diphtherie-Bacillen gestattet nicht in allen Fällen ohne Weiteres echte Diphtherie auszuschliessen, ebensowenig wie bei der Lungentuberculose.

12. Der Nachweis der Bacillen gelingt in ca. $^2/_3$ der Fälle, wo dieselben überhaupt auf den Tonsillen nachweisbar sind, schon mittelst des Trockenpräparates.

Da die Arbeit durch schweizerische und internationale (Hygienecongress) Diphtherie-Enquêten theilweise veranlasst zu sein scheint, bei welchen es wesentlich auf eine allen Aerzten leicht zugängliche Diagnostik der Diphtherie ankommt, ist eine exacte Anleitung zu derselben zeitgemäss. Für die Allgemeinheit der jüngeren und unter 40 Jahren stehenden Aerzte, welche mit Bacteriensuchen alle schon vertraut sind und für alle künftigen Praktiker ist es jetzt leicht möglich, noch einen diagnostischen Schrit weiter zu gehen mittelst der Trockenpräparate für das Mikroskop ohne Anlagen von Culturen. Ein Streichpräparat mit Boraxmethylenblau nach Vorschrift (l. c.) gefärbt, giebt sehr sichere Resultate. Die diagnostischen Werthverhältnisse stellen sich ungefähr so: Von 118 Diphtherie-Fällen waren (nur) klinisch 90 an den typischen Pseudomembranen und punktförmigen Auflagerungen sicher zu erkennen; von den 28 übrigen wurden noch 13 mit dem Trockenpräparat als bacillär sicher gestellt, 4 weitere definirte die Agarkultur und nur 10 waren erst nach der Tracheotomie durch die heransbeförderten Membranen als bacillär zu erkennen gewesen.

Es stellt sich nach der Tabelle heraus, dass von den 118 Fällen von Diphtherie 116 sogleich oder im Verlauf der Krankheit ohne Mikroskop richtig diagnostiicrt wurden und nur 1,16 pCt. unerkannt blieben. Es könnte bei solchen diagnostischen Verhältnissen also auch eine Landes-Enquete ohne Mikroskop gewagt werden. Immerhin wären die Bacteriologen von Centralstellen aus leicht zu Hülfe zu rufen, wo es sich um ausgesprochene Diphtherieepidemien handeln würde. Ref. kann trotz der obigen Hervorhebung der bloss klinischen Diagnostik

den Einwand gegen die Sicherheit desselben nicht unterdrücken, dass in der Privatpraxis klinische Untersuchungen viel schwieriger sind, als im Spital, und dass man bei kleinen Kindern schwerlich wird Membranen im Hals auf ihre Adhärenz und Cohärenz genau untersuchen, dagegen wohl mit der Wattesonde einen Wisch zur bacteriologischen Untersuchung bewerkstelligen können, weshalb doch diese im Allgemeinen zu einer richtigen Diphtherie-Enquete sowohl als zu einer rechtzeitigen Absonderungspraxis fürderhin unentbehrlich sein wird.

JONQUIÈRE.

118) **Hagenbach** (Basel). **Die schweizerische Diphtherie-Enquête.** *Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 23. 1895.*

Im Anschluss an diesbezügliche Verhandlungen macht H. als Präsident der Comission einige Vorschläge zu Nutzen und Frommen der obgenannten Unternehmung. Vor allem wünscht er für dieselbe eine genaue, auch bacteriologische Untersuchungsmethode, da die klinische Diagnose trotz der Sahli-Deucher'schen Erörterungen (vgl. Ref. 117) noch sehr unsicher sei und die Pseudodiphtherie eine weit grössere Rolle spiele als Deucher annehme, und an Gefährlichkeit der ächten Diphtherie nicht viel nachgebe. H. schlägt daher eine Zählkarte vor, mittelst welcher alle in der Schweiz vorkommenden Diptheriefälle klinisch und bacteriologisch registrirt würden. Bacteriologen müssten abgesandt werden, um im Lande herum zerstreute Epidemien zu studiren. H. ruft nach einer in der Schweiz noch ganz fehlenden Morbiditätsstatisttk; Vorschläge, die nur lebhaft unterstützt werden sollten.

JONQUIÈRE.

119) **Deucher** (Bern). **Zur Diagnose der Diphtherie.** *Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 23. 1895.*

Controverse gegen Feer (vgl. Ref. 120) zu Gunsten des Agar als Nährboden für Diphtheriebacillen gegenüber dem Löffler'schen Blutserum, welches Feer vorzieht.

JONQUIÈRE.

120) **Feer** (Basel). **Zur Diagnose der Diphtherie.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 21. 1895.*

Eine Replik auf die Sahli-Deucher'sche Arbeit (s. d. Ref.) F. will darlegen, dass denn doch D. die bloss klinische Untersuchungsmethode ohne bacteriologische Mithülfe als zu zuverlässig dargestellt habe. Lacunäre Anginen seien nicht so selten auch diphtherisch und er habe in fünf Malen bei dieser Affection Diphtheritisbacillen nachweisen können. Ein makroskopisches Erkennungszeichen giebt er an mittelst Auswischens der kranken Tonsillen, wobei sich die diphtheritischen Follikelpfröpfe als viel zäher, fibrinhaltiger erweisen.

Leichte Fälle sind es namentlich, welche ohne Mikroskop unerkennbar bleiben, sich nichts desto weniger in schlimme umwandeln oder für ihre Umgebung gefährlich werden können. Eine Form von Angina giebt es mit leichten Belägen auf Tonsillen, Gaumensegel und im Rachen, welche gewöhnlich nicht diphtheritisch ist, aber eben nur durch das Mikroskop qualificirt werden kann.

Die Coccenpseudodiphtherien findet F. nicht so selten, z. B. unter 44 Fällen von membranöser Halsentzündung 6 mal.

Die mikroskopische Untersuchung ist also in vielen Fällen nicht zu umgehen. Dieselbe geschieht auf zwei Weisen.

1. Die einfache mikroskopische Untersuchung von Membranen in Deckglasquetschpräparaten nach Gram'scher oder Weigert'scher Fibrinfärbmethode behandelt, wobei die Bacillen schön zu Tage treten.

2. Durch die bacteriologische Cultur, für welche F. das Löffler'sche Blutserum gegenüber Deucher dem Glycerinagar bedeutend vorzieht. Er fand auch gekochtes Eiweiss als Nährboden sehr gut.

JONQUIÈRE.

121) **Wille** u. **Albrecht** (Thurgau). **Erfolge der Diphtherieserumbehandlung im Kanton Thurgau.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 18. 1895.*

I. Aus dem Kantonsspital. 43 Fälle, 16 Operirte, 11 pCt. Verlust.

II. Erfahrungen der practischen Aerzte: 70 Fälle, 7,46 pCt. Verlust.

1. Auffallendes oder constantestes Symptom, fast unmittelbare antitoxische Wirkung des Serum und daherige günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens auch bei schweren Fällen; Besserung der Herzkraft und des Pulses.

2. Rasche Lockerung, Loslösung oder Abnahme der Membranen in Larynx und Trachea, weit langsamer im Rachen; für letztere Löffler'sche Toluol-Menthollösung zum Pinseln und continuirlicher Dampfspray sehr nützlich befunden.

Durch die eben genannte Hauptwirkung wird selbst starke Dyspnoe rasch vermindert und Tracheotomie viel seltener nöthig. Nach rechtzeitiger Injection kommt es auch selten zu nachträglicher Dyspnoe und Tracheotomie, wird also das Eintreten des Croup verhindert. Dies macht sich auch noch in vorgeschrittenen Fällen geltend.

3. Die Temperaturen werden innerhalb 2—3 mal 24 Stunden sehr günstig beeinflusst.

4. Bedrohliche Erscheinungen traten nach den Injectionen niemals auf; nur leichte Exantheme von 2—3 Tagen Dauer. Auch prophylactische Einspritzungen hatten keine unangenehmen Folgen.

5. Bei septischen Fällen ist das Serum unwirksam; es verhindert nicht das Eintreten der nachträglichen Lähmungen.

Also günstige Erfahrungen, die besonders hervorzuheben sind, da sie durch practische Arzte in der Privatpraxis im Lande herum gemacht wurden.

JONQUIÈRE.

122) **Vallette** (Genf). **Die Serumtherapie der Diphtherie an der Genfer Klinik Oct. 1894 bis Juni 1895. (La sérothérapie de la diphthérie etc.)** Genfer Dissert. 1895. Bei Georg u. Comp., Genf.

Eine eingehende Besprechung. 48 Fälle. Eigentlich waren nur 24 Fällen bacteriologisch gesichert und diese gaben 12,4 pCt. Mortalität. Die Injectionsmethode ist angegeben; Serum Roux.

Als ganz sicher ergab sich, dass nach der ersten Injection die Membranen nicht mehr wachsen, sondern langsam durch allmälige Verdünnung verschwinden, bisher fehlender Larynxcroup nicht eintritt.

Verf. schliesst auf günstige Wirkung des Serums ohne gerade Wunder der Umwandlung schwerer Fälle in leichte erlebt zu haben wie andere Autoren.

Jedenfalls würden die Tracheotomien seltener. Reichlicher, aber unschädlicher Stoffumsatz, Urate und Phosphate im Urin, wurde beobachtet. Die Ohnmacht des Serums bei vorgerückten Fällen beeinträchtigen seinen Werth stark.

Keine schlimmen Folgen, aber häufige Exantheme, 9 mal auf 48 Fälle; Urticaria, polymorphes Erythem, scharlachartige Exantheme.

Die Löffler'sche bacilläre Diphtherie entspreche nicht genau derjenigen von Trousseau. Man habe je nach dem bacillären Merkmal Anginaformen ausgeschaltet oder hinzugefügt und eine klinische Classification der pseudomembranösen Halskrankheiten sei nach den bacteriologischen Ergebnissen noch nicht möglich.

JONQUIÈRE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

123) **R. Otto** (Dorpat). **Ueber Heiserkeit.** *Petersburger med. Wochenschr. 1895. No. 46.*

Ein Vortrag, in dem die verschiedenen Ursachen der Heiserkeit besprochen werden. Vortragender hofft, das Oertel'sche Laryngo-Stroboskop werde viel zur Erklärung mancher Heiserkeitsformen beitragen.

LUNIN.

124) **Bonain. Stridulöse Laryngitis und Diphtherie. (Laryngite striduleuse et diphthérie.)** *Revue de laryngologie. No. 9. 1. Mai 1895.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von typischer Laryngitis stridulosa, bei denen eine Aussaat des Rachenschleims die Gegenwart von Diphtheriebacillen in diesem ergab, ohne dass im Halse eine Spur von Pseudomembran bestand.

E. J. MOURE.

125) **Merklen. Ueber Anwendung des Antipyrin beim Ictus laryngeus.** *Soc. méd. des hôpit. 20. December 1895.*

Bei zwei Patienten mit Ictus laryngis hat Verf. Antipyrin in der Dosis von 2—3 g täglich mit Erfolg angewandt. Zu gleicher Zeit wurden die Patienten, da ein Zustand von Laryngitis chronica bei ihnen bestand, mit Inhalationen von pulverisirter Antipyrinlösung behandelt. Bei einem der Patienten waren die Krisen von Ohnmacht und Convulsionen begleitet, bei dem andern nicht. Nach einigen Tagen dieser Behandlung verschwanden die Anfälle bei beiden Patienten endgiltig.

LUC.

126) **William Porter. Compensatorische Bewegung des Aryknorpels. (Compensatory arytaenoid movement.)** *N. Y. Med. Journal. 17. August 1895.*

Abdruck eines auf dem XVIII. Congress der Amer. Laryngol. Association gehaltenen Vortrags. Verf. berichtet eingehend über 2 Fälle, die zwar nicht einzigartig, aber doch relativ selten sind; es handelt sich um partielle Ankylose einer Seite mit vermehrter compensatorischer Thätigkeit der andern Seite.

LEFFERTS.

127) **Boruttau. Untersuchungen über den Lungenvagus.** Aus dem physiol. Institut in Göttingen. — *Pflüger's Arch. LXI. Heft 1.*

Sie ergeben, dass momentane Einwirkungen einmalig (Schnitt), oder öfter wiederholt (Tetanometer) inspiratorischen, dagegen dauernde Einwirkung exspiratorischen Erfolg haben. Ein constanter Strom in aufsteigender Richtung durch das centrale Vagusende geleitet, hat zur Folge Verlangsamung der Athmung bis zum Stillstand in Exspirationsstellung, der während der Durchströmungsdauer anhält; Durchströmung durch einen absteigenden Strom ist oft wirkungslos oder es tritt eine vertiefte resp. verlängerte Einathmung im Augenblick der Schliessung ein. Die Oeffnung des aufsteigenden Stroms erzeugt oft inspiratorische, diejenige des absteigenden Stroms regelmässig exspiratorische Wirkung.

Nach beiderseitiger reizloser Ausschaltung des Vagus fand sich bei Kaninchen Vertiefung und Verlängerung der Athmung, dagegen waren die exspiratorischen Phasen nur kurze Zeit verflacht und verkürzt; das Auftreten activer Betheiligung der Exspirationsmuskeln ist beim Kaninchen ein seltenes Vorkommniss, dagegen ein fast regelmässiges beim Hunde und ziemlich häufig bei der Katze.

Es ist nicht möglich, in einem kurzen Referate alle Einzelheiten dieser interessanten Arbeit wiederzugeben, Interessenten müssen auf das Original verwiesen werden.

A. ROSENBERG.

128) **Th. Beer** u. **Al. Kreidl. Ueber den Ursprung der Vagusfasern, deren centrale Reizung Verlangsamung resp. Stillstand der Athmung bewirkt.** Aus d. physiol. Instit. der Wiener Univers. — *Pflüger's Arch. LXII. Heft 3. 1895.*

Die centripetal verlaufenden Fasern, deren Reizung im centralen Stumpf des Halsvagus die bekannten eigenthümlichen Einflüsse auf die Athmung entfaltet, treten durch das voroberste unter den Wurzelbündeln des Accessorius-Vagus-Glossopharyngeusursprungs ins Nackenmark ein. Die Untersuchungen der Verf. sind an Kaninchen gemacht.

A. ROSENBERG.

129) **J. Broeckaert. Experimentaluntersuchungen über das Rindencentrum für den Kehlkopf. (Recherches experimentales sur le centre cortical du larynx.)** *Revue de laryngologie. No. 15. 1. August 1895. La Flandre méd. No. 25. 1895.*

Verf. experimentirte an 12 Hunden. Er bestätigt das Vorhandensein des Krause'schen Rindencentrums und constatirt, dass nach Exstirpation desselben die Kehlkopfnerven und -muskeln intact bleiben. Das Bellen ist nur für einige Wochen aufgehoben.

E. J. MOURE.

130) **Onodi. Ein Hirncentrum für die Phonation. (Le centre cérébral de la phonation.)** *La voix parlée et chantée. No. 67. Juli 1895.*

Zu den durch die Arbeiten von Krause, Semon, Horsley und Goltz bereits bekannten Phonationscentren fügt Verf. nach Experimenten am Hunde ein weiteres, das eine etwa 8 mm grosse Hirnpartie umfasst und hinter dem vorderen Hügelpaar des Corpus quadrigeminum beginnend den entsprechenden Theil des Bodens des 4. Ventrikels einnimmt.

E. J. MOURE.

131) **Onodi. Stimmbandlähmung bei Halsaneurysma. (Paralysie de la corde vocale consécutive à un aneurysme cervical)** *Revue de laryngologie. No. 7. 1. April 1895.*

Das Aneurysma sass an der rechten Subclavia und dem Stamm der beiden Carotiden. Das rechte Stimmband war unbeweglich. E. J. MOURE.

132) **Geo B. Hope. Verschluss der Glottis; Entfernung eines Theiles des Stimmbands. (Laryngeal obstruction; removal of a portion of the vocal cord.)** *N. Y. Med. Journal. 21. December 1895.*

Es handelte sich um einen Patienten mit Glottisstenose in Folge von doppelseitiger Abductorenparalyse. Um den Pat. besser arbeitsfähig zu erhalten, wurde beschlossen, nach der Tracheotomie ein Stück vom Stimmband zu exstirpiren, damit nicht dauernd die Canüle getragen werden müsse. Dies geschah und eine Zeit lang verlief alles sehr gut. Dann aber trat von Neuem Dyspnoe auf und wurde allmälig wieder so stark, dass die Canüle wieder eingelegt werden musste. Ob an dem Misserfolg eine Narbencontractur oder Ankylose die Schuld hatte, wurde nicht festgestellt. LEFFERTS.

133) **L. Hermann. Weitere Untersuchungen über das Wesen der Vocale.** Aus dem physiol. Institut zu Königsberg i. Pr. — *Pflüger's Arch. LXI. Heft 4.*.

H. bespricht „die Anaperiodicität der unharmonischen Formanten", „neue Curven langer Vocale und Principien der Untersuchung", „Curven und Analysen kurzer Vocale", „Theorie der Vocalbildung", „die Theorie des Hörens der Vocale". Es ist wohl schon aus der Angabe der Titel der Einzelcapitel ersichtlich, dass diese Arbeit sich nicht für ein kurzes Referat eignet. A. ROSENBERG.

134) **Ed. Paulsen** (Kiel). **Ueber die Singstimme der Kinder.** *Pflüger's Archiv. LXI. Heft 7 u. 8.*

Die an ca. 5000 im Alter von 6—15 Jahren stehenden Schulkindern vorgenommenen Untersuchungen ergaben folgende Resultate: Bei Mädchen im 6. Lebensjahre bewegt sich die Stimme in den Grenzen zwischen a und fis^2; im 9. Jahre kommt das g hinzu, im 13. wird die grösste Tiefe e erreicht. Nach oben wird schon im 11. Jahre d^3 erreicht.

Die Knabenstimme liegt im 6. Jahre zwischen h und f^2; dann ebenso schnelle Zunahme nach oben wie bei den Mädchen, die grösste Höhe cis^3 wird aber erst im 12. Jahre erreicht; dagegen erweitert sie sich erheblicher nach unten, so dass sie im 13. Jahre ihre grösste Tiefe d hat.

Die Mutation trat nur bei 1 pCt. der Knaben schon im 12. Jahre ein, in den folgenden 3 Jahren stieg die Zahl der Mutirenden auf 10, 30 und 50 pCt., bei einem 15jährigen Knaben war die Mutation schon vollendet.

Musikalisch brauchbare Töne brachten von den Mutirenden nur 25 pCt. hervor. 10 pCt. zeigten keine wesentliche Veränderung des Kehlkopfes, bei 15½ pCt. fanden sich Röthung und Schwellung der Schleimhaut und vermehrte Secretion;

bei ca. 75 pCt. geringe Röthung und Schwelluug, wobei die Stimmbänder alle Abstufungen von einer durchaus normalen Beschaffenheit bis zu hochgradiger Schwellung und Durchfeuchtung erkennen liessen.

Pathologische Glottisformen waren nie vorhanden. A. ROSENBERG.

135) **Oltuszewski. Dritter Beitrag zur Lehre von den Störungen der Sprache (Trzeci przyczynek do nauki o zboczeniach mowy.)** *Medycyna. No. 41, 42, 43, 44. 1895.*

Verf. theilt die Sprachstörungen in zwei Kategorien: 1. Die Störungen, welche auf anatomischen oder functionellen Veränderungen des corticalen Apparates beruhen ohne Störung des Intelligenz (Aphasie, Dysphasie, Stottern etc.), 2. Störungen, welche ihre Basis in der weissen subcorticalen Substanz, in den bulbären Regionen, den peripherischen Nerven und im Articulationsapparate haben.

Die 159 Fälle von Sprach-Störungen, die Verf. beobachtet hat, theilen sich in 5 Kategorien: 1. Stottern 88 Fälle, 2. Poltern 1, 3. Stammeln 38, 4. Nasalsprache 5, 5. Aphasie 27. — Im grössten Theil der Fälle wurde durch entsprechende Behandlung Genesung oder Besserung des Leidens erreicht.

A. v. SOKOLOWSKI.

136) **Libotte. Fall von Rindenaphasie und -agraphie. Heilung. (Cas d'aphasie et d'agraphie corticales. Guérison.)** *La Clinique. 38. 1895.*

54jährige Frau, welche seit 2 Monaten an Störungen des Verdauungsapparates, Appetitlosigkeit, belegter Zunge, leichtem Fieber mit heftigen Kopfschmerzen leidet, verspürt eines Tags beim Aufstehen von einem Arbeitstisch einen fürchterlichen Lärm im Kopf, kann kurz darauf eines Morgens beim Erwachen kein Wort mehr hervorbringen, und bleibt auf alle Fragen ihrer Umgebung stumm. — Pharynx roth, schmerzhaft, Aphthen am Zäpfchen; weder Worttaubheit noch Wortblindheit, aber Schwierigkeiten beim Schreiben. L. schreibt die Symptome, welche auf Störungen der Rindencentren, der 2. und 3. Frontalwindung schliessen lassen, einer Autointoxication zu, hervorgerufen durch die Affection des Verdauungsapparates. BAYER.

137) **Chiucini. Sterilisirbarer Kehlkopfspiegel. (Specchio laringeo disinfettabile.)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1895. No. 11.*

Nach der gegebenen Abbildung scheint der Spiegel practisch und bequem zu sein. Der Glasspiegel wird auf der metallenen Kapsel durch einen metallenen Ring mit besonderer Schlussvorrichtung fixirt. Fabrikant: Invernizzi, Corso, 48. Rom. TOTI.

138) **Rinck** (Elberfeld). **Kehlkopfspritze zu submucösen Injectionen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 26.*

Spritze mit cachirter Nadel.
Lieferant Windler, Berlin NW. LANDGRAF.

f. Schilddrüse.

139) **Ino H. Bradshaw. Ein Fall von acuter Schilddrüsenentzündung. (A case of acute thyroiditis.)** *N. Y. Med. Record. 2. November 1895.*

Nichts Bemerkenswerthes. LEFFERTS.

140) **Morris. Die Aetiologie des Kropfes. (The etiology of goitre.)** *Phil. Med. News. 5. October 1895.*

Verf. hat während eines $2^1/_2$jährigen Aufenthalts in Hambleden, Buckinghamshire bei einer Bevölkerung von 2000 Seelen 50 Fälle von Kropf beobachtet und dabei vielleicht noch einige übersehen. Er schildert die dortigen Bodenverhältnisse, die einen excessiven Kalkreichthum des Trinkwassers bedingen. In dem Gehalt des Wassers an Calcium- und Magnesiumcarbonaten erblickt er die einzige Ursache des Kropfes. LEFFERTS.

141) **Edward L. Munson. Das Vorkommen von Kropf unter den Indianern der Vereinigten Staaten. (The occurrence of goitre among the Indians of the United States.)** *N. Y. Med. Journal. 26. October 1895.*

Die wesentlichen Ergebnisse der Arbeit sind folgende:

Es besteht eine starke Racen-Anlage unter den Indianern für Kropf. Das Auftreten desselben ist scharf localisirt. Höhenlage, Klima und übermässiger Kalkgehalt des Wassers scheinen ohne ursächliche Bedeutung sein. Ungesunde Umgebung, depressive constitutionelle Affectionen und ungeeignete, übermässig stickstoffhaltige Nahrung scheinen das Vorkommen des Kropfes zu begünstigen. Die Heredität spielt eine wesentliche Rolle. Das Geschlecht und die Pubertät ist von grossem Einfluss; bei Frauen speciell scheint eine enge Beziehung zwischen der Schilddrüse und dem Genitalapparat obzuwalten. Cretinismus ist sehr selten bei bestehendem Kropf, auch Basedow'sche Krankheit wurde nicht oft angetroffen. Der Tumor ist bei Weissen relativ kleiner; die Localität hat auf die Grösse der Geschwulst, wie auf die Häufigkeit des Kropfes offenbaren Einfluss. Die gewöhnliche Behandlung ist ohne befriedigende Resultate. LEFFERTS.

142) **Galee. Kropf. (Goitre.)** *N. Y. Med. Record. 30. November 1895.*

Gute Resultate sah Verf. von der parenchymatösen Injection von 1—4 ccm folgender Mischung:

Jodoform . . . . 1 Theil
Aether sulfur.
Ol. Olivar. ana . 7 Theile. LEFFERTS.

143) **Redactionelle Notiz. Kropf. (Goitre.)** *N. Y. Medical Record. 28. December 1895.*

Kocher hat jetzt 900 Fälle in einem Krankenhaus operirt; unter diesen trat

Cachexia strumipriva nur ein einziges Mal auf und zwar in einem Falle, bei dem nur eine Kropfhälfte exstirpirt wurde, die andere aber dann sich als atrophisch erwies.

LEFFERTS.

144) **Eine Discussion über die chirurgische Behandlung von Cysten, Adenomen und bösartigen Neubildungen der Schilddrüse und accessorischer Schilddrüsen. (A discussion on the surgical treatment of cysts, adenomata and carcinoma of the thyroid gland and accessory thyroids.)** *British Medical Journal. 12. October 1895.*

Diese Discussion fand in der chirurgischen Section des Meetings der British Medical Association im August 1895 statt, und wurde von Mr. Butlin in einem gründlich durchdachten Vortrage eingeleitet, in welchem der Autor sowohl die gegenwärtig allgemein üblichen Methoden der chirurgischen Behandlung der genannten Kropfformen (partielle und totale Entfernung, Enucleation, Injection etc.) schilderte und kritisirte, wie seine eigene Erfahrung hinsichtlich ihrer Indication und Erfolge angab. — An der Discussion betheiligten sich die Herren Rutherford Morrison, W. W. Keen (Philadelphia), Charters J. Symonds, A. Mayo Robson, James Barry, C. B. Keetley, A. E. J. Barker, Jordan Lloyd, Thelwall Thomas, R. C. Chicken, C. W. Cathcart und der Einleitende. — Es würde nicht möglich sein, im begrenzten Raume unserer Referate die Details der einzelnen Ansichten wiederzugeben, auch war die Discussion zu ausschliesslich chirurgischen Interesses, um ausführlich hier analysirt zu werden. Interessenten werden sie aber mit Nutzen studiren.

SEMON.

145) **Ballet** und **Enriquez** (Paris). **Schilddrüse und Basedow'sche Krankheit. (Corps thyroide et maladie de Basedow.)** *V. Congress der Irren- u. Nervenärzte. August 1895.*

Die Verff. suchten die Hyperthyroidisation experimentell beim Thiere auf drei Wegen zu erzielen: durch Verpflanzung von Schilddrüse, durch Verfütterung und schliesslich durch Injection von Schilddrüsensaft. Als unmittelbaren Effect constatirten sie Temperaturerhöhung und Beschleunigung des Herzschlages, als spätere Erscheinungen Conjunctivitis, rasche Abmagerung und verschiedene Digestionsstörungen. Die Verff. halten danach für den initialen Vorgang bei der Basedow-schen Krankheit eine übermässige Function der Schilddrüse, die secundär auf die Nervencentren Einfluss übt.

LUC.

146) **Hertoghe** (Antwerpen). **Ueber den Einfluss der Schilddrüsenproducte auf das kindliche Wachsthum. (De l'influence des produits thyroidiens sur la croissance des enfants.)** *La Clinique. 46. 1895. Bullet. de l'Acad. de Méd. Oct. 1895.*

Die Arbeit besteht aus zwei Theilen; im 1. Theil berichtet H. über 9 Fälle, in welchen die Körperlänge unter dem Einflusse der Schilddrüsenmedication bedeutend und rasch zugenommen hatte, während zu gleicher Zeit sich die Intelligenz noch entwickelte, was dieselbe zu wünschen übrig gelassen hatte. Der zweite

Theil betrifft 6 Beobachtungen von Individuen ohne Myxödem, bei welchen unter der gleichen Behandlung das zurückgebliebene Wachsthum sich ganz bedeutend nachgeholt hatte. BAYER.

147) **Fr. Vermehren. Studien über das Myxoedem. (Studier over Myxoedemet.)** Kjöbenhavn. Vilh. Tryde's Forlag. 1895. 286 Ss.

Verf. giebt in der vorliegenden Monographie eine sehr ausführliche Bearbeitung der als „Myxödem" bezeichneten Krankheit. Nach einer kurzen Einleitung über die Geschichte dieses Leidens liefert er eine genaue Symptomatologie und pathologische Anatomie und theilt die früheren Behandlungsmethoden mit.

Der folgende Abschnitt umfasst die Function der Glandula thyreoidea und die Pathogenese des Myxödems. Verf. beschreibt zuerst die Wirkungen der Thyreoidectomie bei Thieren (Cachexia thyreopriva, Tetanie) und geht dann zu den Versuchen der Substitution von Glandula thyreoidea über. Er hat selbst mehrere Thierversuche gemacht. Statt der bisher geübten Transplantationen oder intravenösen oder subcutanen Injectionen hat er Versuche angestellt, die wirksamen Stoffe den Thieren durch den Verdauungskanal einzuführen; er constatirte dabei, dass die Drüsenverfütterung eine gute Wirkung auf das Versuchsthier hatte. In einem besonderen Capitel über Function der Gl. thyreoidea werden die verschiedenen hierüber aufgestellten Hypothesen ausführlich discutirt.

In dem nächsten grossen Abschnitte wird die Substitutionsbehandlung besprochen. Die namentlich von Horsley 1890 empfohlene Transplantation ist später verlassen worden. Dasselbe gilt auch von den von Murray im Jahre 1891 eingeführten subcutanen Injectionen von Drüsenextract. Diese beiden Behandlungsmethoden sind jetzt durch die Fütterungsmethode verdrängt. Es gebührt dem dänischen Forscher, Prof. Howitz, das Verdienst zuerst gezeigt zu haben (auf der Scandinavischen Naturforscherversammlung zu Kopenhagen, Juli 1892), dass das Secret der Gl. thyreoidea, ohne seine Wirkungen zu verlieren, durch den Darmkanal aufgesaugt wird und in die Circulation gelangt. Die Behandlung des ersten Patienten mittels Fütterung mit Gl. thyreoidea von Kälbern wurde am 22. März 1892 angefangen.

Zur selben Zeit wie White sein pulverförmiges Extract der Schafschilddrüse herstellte, hat Verf. ein ähnliches Extract aus der Glandula thyreoidea präparirt (Thyreoidin) und mit derselben Wirkung den Patienten gegeben, als die Drüsen selbst. (Ueber Myxödembehandlung, Hospit-Tid. 1. Febr. 1893.)

Am Schluss der Arbeit giebt Verf. in ausführlicher Weise 16 Krankengeschichten myxödematöser Patienten, die er in Dänemark behandelt hat.

Erwähnt sei noch, dass die Arbeit interessante Mittheilungen über den Stoffwechsel bei myxödematösen Individuen und Controlversuche über die Wirkung des Thyreoidalsecrets auf gesunde (nicht myxödematöse) Individuen enthält.

Die Schrift ist auf das Beste Jedem, der sich für den gegenwärtigen Standpunkt unseres Wissens über das Myxödem interessirt, zu empfehlen.

E. SCHMIEGELOW.

148) **Theilhaber. Die Beziehungen der Basedow'schen Krankheit zu den Veränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane.** *Archiv f. Gynäkolog. XLIX. 1. 1895.*

1. Es kann sich bei hierzu disponirten Individuen Morb. Bas. entwickeln in Folge von manchen Veränderungen im weiblichen Genitalsystem und
2. umgekehrt ruft Morb. Bas. nicht selten Störungen in ihnen hervor.

ad 1) Schwangerschaft, Puerperium, Lactation, alle zu starken Blutverlusten führenden Anomalien, operative Eingriffe, vor allem die Castration.

ad 2) Der Morb. Bas. ist die Ursache von Atrophie des gesammten Genitalapparates oder auch von einzelnen Theilen desselben.

A. ROSENBERG.

149) **J. Maybaum. Ein Beitrag zur Kenntniss der atypischen Formen der Basedow'schen Krankheit.** *Zeitschr. f. klin. Med. XXVIII. 1895.*

Zwei Fälle der sog. Formes frustes aus der Gerhardt'schen Klinik; in dem einen ist keine Struma vorhanden, in dem anderen kein Exophthalmus. Bei beiden besteht aber Zittern der Hände, nervöse Unruhe, wechselnde Gemüthsstimmung; bei der einen Patientin Pulsation der Milz und Tönen der Cruralis. Der erste Fall ist mit Tuberculosis pulmon. combinirt, der zweite mit Chlorosis.

A. ROSENBERG.

g. Oesophagus.

150) **H. M. Silver. Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign bodies in the oesophagus.)** *N. Y. Med. Journal. 26. October 1895.*

Verf. berichtet über 3 Fälle seiner eigenen Beobachtung und stellt eine Statistik von 165 Fällen von Oesophagotomie zusammen. Von diesen kamen 127 zur Heilung, 38 starben (23 pCt. Mortalität). Todesursache waren Entkräftung, Perforation und Abscess, secundäre Blutung, Pneumonie u. a. In 4 Fällen wurde die Gastrotómie gemacht; alle 4 heilten.

LEFFERTS.

151) **H. M. Silver. Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign bodies in the oesophagus.)** *N. Y. Med. Journal. 21. December 1895.*

Allgemeine klinische Betrachtungen; nichts Neues.

LEFFERTS.

152) **Redact. Notiz. Fremdkörper im Halse. (Foreign bodies in the throat.)** *N. Y. Med. Record. 9. November 1895.*

Fischgräten und ähnliche Fremdkörper, im unteren Ende des Oesophagus eingeklemmt, sind sehr schwer zu entfernen. Eine einfache und nach den bisherigen Mittheilungen recht wirksame Methode ist die folgende: Man lässt den Pat. $^1/_3$—$^1/_2$ Liter Milch auf einmal trinken; die Flüssigkeit passirt das Hinderniss ohne Schwierigkeit. 40 Minuten darauf giebt man ein Brechmittel (Zincum sulfu-

ricum). Die unterdess geronnene Milch bildet eine mehr oder weniger compacte Masse, welche beim Auswerfen den Fremdkörper mit herausbringen kann.

LEFFERTS.

153) **Ino. B. Roberts. Oesophagotomie wegen Strictur. (Oesophagotomy for stricture.)** *N. Y. Med. Journal. 15. November 1895.*

Ausführliche Krankengeschichte eines Falles. LEFFERTS.

154) **Marwedel. Resection der Speiseröhre.** *Münchener medic. Wochenschrift. No. 33. 1895.*

Bei einer 35jährigen Frau bestand 17 cm hinter der Zahnreihe eine Oesophagusstenose durch Krebs bedingt. Czerny resecirte nun den Oesophagus in der Ausdehnung von 4 cm, die beiden Enden wurden an der hinteren Wand durch zwei Catgutnähte vereinigt und ein weiches Schlundrohr vom Mund bis in den Magen als Dauercanüle eingelegt. Bei der Entlassung Zunahme um 9 Pfund, mit der Möglichkeit breiige Nahrung zu schlucken; Patientin muss aber zur Verhütung von Narbenstenosen Nachts noch eine Schlundröhre tragen. SCHECH.

155) **Heinlein. Krebsige Oesophagusstenose.** *Münchener medic. Wochenschrift. No. 17. 1896.*

Demonstration eines Präparates; bei dem Falle war 14 Monate vorher die Gastrotomie nach Witzel gemacht worden. H. hält die Methode für die einzig richtige, nur hat sie den Nachtheil, dass von der Magenfistel aus die Dilatation der Stenose nicht möglich ist. SCHECH.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

63. Jahresversammlung der British Medical Association.

London, 31. Juli, 1. u. 2. August 1895.

Section für Laryngologie.

Präsident: Dr. Felix Semon.

Eröffnungsansprache des Vorsitzenden: Der Vorsitzende heisst die Theilnehmer und Mitglieder der Section für Laryngologie und Rhinologie willkommen, indem er darauf hinweist. dass die Section zum ersten Mal während der Tagung eines Congresses in London den Rang einer vollen Section bekleide. Er benutzt diese Gelegenheit, um den engeren Collegen einen Unterrichtsplan für die weitere Ausbildung älterer Studirender und jüngerer Aerzte in der Laryngologie und anderen Specialfächern in kurzen Umrissen vorzuführen.

Das immense Lehrmaterial, das sich in einer Metropole, wie London, anhäufe, könne nur voll ausgenutzt werden, wenn eine Centralstelle eingerichtet würde, zur Sammlung alles Wesentlichen. Dort sollten in passend eingetheilten Vorlesungen und Cursen von etwa 6wöchentlicher Dauer die vorgeschritteneren Hörer Gelegenheit finden, an der Hand von Lehrern, die aus den verschiedenen Schulen und Krankenhäusern Londons auszuwählen seien, sich auszubilden. Für jedes Specialfach sei eine Anzahl von Lehrern nöthig. Der Schlüssel zum Erfolge der ganzen Organisation sei ein Centralinstitut, das in Bau und Einrichtung dem Unterricht in mehreren Specialitäten — Ophthalmologie, Dermatologie, Laryngologie etc. — anzupassen sei.

31. Juli: Discussion über die Aetiologie des Schleimpolypen der Nase.

Prof. Guye (Amsterdam) ist mit Zuckerkandl der Ansicht, dass die Theorien von Woakes und Grünwald nicht genügend durch die klinischen Thatsachen gestützt seien. Redner berichtet über Fälle aus seiner Praxis, in denen Schleimpolypen der Nase neben Ozaena, andere, in denen sie gleichzeitig mit Highmorshöhlenerkrankung oder mit Nasensteinen bestanden. Es geht daraus hervor, dass die Bildung von Polypen durch verschiedene pathologische Zustände angeregt werden kann; unsere bisherige Kenntniss dieser Verhältnisse berechtigt uns nur, zu sagen, dass die Nasenschleimhaut in besonderer Weise zur Bildung von Polypen prädisponirt ist und mit solchen auf schädliche Einflüsse sehr verschiedener Art reagirt.

Luc (Paris) erinnert daran, dass das Vorkommen von Schleimpolypen in der Nase bei Kindern unter 15 Jahren durchaus kein so ausnahmsweises ist und dass selbst congenitale Fälle beschrieben worden sind; mit der Theorie, dass wiederholte Catarrhe die gewöhnliche Ursache der Polypen bilden, ist dies schlecht in Einklang zu bringen. Redner verurtheilt auch die übertreibende Verallgemeinerung der Ziem'schen Theorie, nach der alle Fälle auf Eiterung der Nebenhöhlen, verborgener oder offener, zurückzuführen seien. Ausführlich beschäftigt Redner sich dann mit der Theorie der nekrotisirenden Ethmoiditis; er beklagt, dass Woakes keine beweisenden Krankengeschichten in seinen Arbeiten mitgetheilt hat und weiterhin, dass er auch solche Momente, wie das Alter, die Constitution, Tuberkulose und Syphilis nicht genügend berücksichtigt hat. Diese sind stets als wichtige Factoren bei der Entstehung von Arteriitis obliterans, Osteitis und Necrose in Betracht zu ziehen, während Woakes den erstgenannten Process z. B. als einen spontan entstehenden ansieht. Auch das Empyem der Nebenhöhlen zieht Woakes nicht genügend in Rechnung, welches oft Modificationen der Schleimhaut verursacht, die mit den von ihm beschriebenen grosse Aehnlichkeit haben. Redner beschreibt einen Fall von Kieferhöhlenempyem, bei dem die Sonde die dünnen Knochenwände durchbrechend leicht in die Siebbeinzellen eindrang und dabei das Gefühl eines kleinen beweglichen Sequesters gab. Sowohl in diesem Falle wie in einem anderen, in dem die mittlere Muschel erheblich geschwollen und mit einer Schleimhaut von myxödematösem Aussehen bedeckt war, constatirte Dr. Gombault, dass der Knochen vollständig frei war von Entzündungser-

scheinungen und überhaupt von Läsionen, wie sie von Martin in den Woakesschen Fällen gefunden wurden. Die Präparate (die zur Prüfung vorlegt werden) erweisen auf alle Fälle, dass nekrotisirende Ethmoiditis nicht, wie Woakes annahm, die Conditio sine qua non für alle Fälle von Nasenschleimpolypen sind und dass die myxomatösen Veränderungen ganz unabhängig von Veränderungen der Knochen sein können. So wissen wir, dass Empyeme der Nebenhöhlen eine häufige Ursache von Nasenpolypen sind und auch in Verbindung mit maligner Erkrankung kommen solche bisweilen vor. Redner kommt zu dem Schlusse, dass die Bildung von Schleimpolypen in der Nase und besonders im mittleren Nasengang einfach als Reaction dieses Theiles der Schleimhaut auf gewisse pathologische Reize anzusehen ist, gerade so wie gewisse Theile der Kehlkopfschleimhaut auf Reizung mit einer Pachydermie reagiren. Mit Rücksicht auf die Localisation der Polypen, die in der Hauptsache im mittleren Nasengang und am Hiatus semilunaris anzutreffen sind, kann das Empyem nicht als constante Ursache angesehen werden; es ist daran zu denken, dass die an anderen Stellen glatte Schleimhaut hier gebuchteter und faltenreicher ist und auch Drüsen in grösserer Zahl enthält. Möglicherweise aus diesem Grunde haben vielleicht Processe, die an anderen Stellen der Nase einfach zu Oedem führen, an diesen Theilen die Entwickelung gestielter Polypen zur Folge.

P. Mc Bride (Edinburgh) ist der Ansicht, dass nach dem Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung die Schleimhautpolypen einfach ödematöse Fibrome und dass sie histologisch mit den in der Gegend des unteren Ganges wachsenden Papillomen identisch sind. Die Verschiedenheit der makroskopischen Erscheinung der letzteren gegenüber den gewöhnlichen Polypen der oberen Nasenpartien ist zum Theil aus physikalischen Gründen zu erklären; die hängende Stellung vermehrt das Oedem. Dies vermag aber die häufige Multiplicität der Polypen nicht zu erklären, für welche vielleicht die Unregelmässigkeit der Schleimhautfläche am Hiatus semilunaris eine Erklärung giebt; wenigstens steht dies mit der Thatsache in Einklang, dass die multiplen Polypen gewöhnlich vorn sitzen, die vereinzelten mehr nach hinten. Bezüglich der Woakes'schen Theorie ist Verf. ebenfalls der Ansicht, dass dieselbe nicht hinreichend gestützt ist; wo Schleimhaut und Periost ödematös sind, dringt die Sonde sehr leicht auf blossen Knochen; und bei einer grossen Zahl von Polypen fehlen alle Symptome, die man bei Knochenerkrankung sonst trifft, wie copiöse Eiterung u. s. w. Grünwald's Anschauung hält Redner für zu weitgehend, die Zahl seiner Fälle ist zu klein, auch stützt sich seine Diagnose auf Empyem bisweilen auf unzureichende Gründe. Am Schluss stellt Redner statistische Aufzeichnungen aus seiner Spital- und Privatpraxis nebeneinander. Er zeigt, dass unter Bessersituirten Polypen am häufigsten zwischen 60 und 70 Jahren vorkommen, während bei den ärmeren Klassen der grösste Procentsatz zwischen 20 und 30 fällt. Es ist dies wohl so zu erklären, dass die schwereren Lebensbedingungen bei den prädisponirten Personen zu einer früheren Entwicklung des Leidens führen.

Prof. Zuckerkandl hält polypoide Hypertrophien und Polypen nicht für echte Neubildungen, sondern für Gebilde entzündlichen Ursprungs, weil

1. Rundzelleninfiltration sich in allen Stadien derselben vorfindet;
2. andere entzündliche Symptome an der Schleimhaut und dem Knochen vorliegen;
3. flache Hypertrophien sich neben den Polypen entwickeln;
4. polypoide Gebilde durch den Reiz von Nasensteinen erzeugt werden können;
5. keine scharfe Grenzlinie zwischen diesen Bildungen und dem physiologischen Gewebe existirt;
6. wegen ihres häufigen Vorkommens und
7. weil sie nie congenital vorkommen.

Die polypoiden Hypertrophien der unteren Muscheln sind thatsächlich identisch mit den gewöhnlichen Polypen; die Verschiedenheit ihrer Gestalt hängt von der Verschiedenheit der Höhlungen, in denen sie sich entwickeln, ab. Was die necrotisirende Ethmoiditis anlangt, so kommen zwar Polypen bei syphilitischer Nekrose vor, die Ergebnisse der anatomischen Untersuchung stehen aber mit jener Theorie nicht in Einklang. Redner hat im letzten Jahre die knöcherne Basis in allen erreichbaren Fällen von Polypen und polypoider Hypertrophie geprüft und in keinem Falle einen cariösen oder nekrotischen Process im Knochen gefunden. In vielen Fällen sah man Zeichen von Knochenneubildung in Folge von Entzündung der periostalen Gewebe, welche zu Verdickungen und osteophytischen Bildungen geführt hatten.

Hodgkinson meint, dass die Woakes'sche Theorie die Kritik hauptsächlich deshalb nicht vertrage, weil der Ausdruck Ethmoiditis falsch gewählt sei; diese Bezeichnung treffe nicht die Gesammtheit der Fälle; sehr häufig handele es sich um eine trockene Caries des Siebbeins.

William Hill ist der Ansicht, dass Polypen auch an weit vom Knochen entfernten Theilen vorkommen und auf entzündliche Veränderungen in der Schleimhaut selbst zu beziehen sind. Viele Ohrpolypen sind in offenbarer Weise von Knochenerkrankung oder chronischer Eiterung abhängig und es ist wahrscheinlich, dass es auch in der Nase einen solchen Typus von Polypen, die von Knochenerkrankung und Empyem verursacht sind, giebt; ein anderer Typus aber ist von der Erkrankung der Schleimhaut selbst abhängig. Woakes gebührt das Verdienst, dass er auf die Fälle, die einer Osteitis ihren Ursprung verdanken, die Aufmerksamkeit gelenkt hat.

Scanes Spicer spricht sich ebenfalls für die thatsächliche Identität der Polypen und der Hypertrophien der unteren Muschel aus. Der Ausdruck nekrotisirende Ethmoiditis ist deshalb unzweckmässig, weil Nasenpolypen auch an anderen Stellen, als der Siebbeingegend vorkommen, und ferner, weil dadurch die seltenere Nekrose vor der gewöhnlichen Osteitis granulosa einen Vorrang erhält.

Bosworth erklärt, dass bei $^7/_8$ der Fälle kein Empyem vorliegt. Er glaubt, dass in der Mehrzahl der Fälle die Polypen innerhalb der Nebenhöhlen ihren Ursprung nehmen. Die entzündete Schleimhaut dieser geht eine myxödematöse Degeneration ein; wenn die Höhle gefüllt ist, greift die Degeneration auf die benachbarte Nasenschleimhaut über und es wachsen Polypen.

Prof. Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.) vertritt ebenfalls die Ansicht, dass Polypen in Wirklichkeit eine Gewebshypertrophie sind, als Folge von Reizen verschiedener Art. Knochenerkrankung ist nur selten die Ursache.

John Mackenzie (Baltimore) hält die Polypen in der Regel für entzündliche Gebilde, obgleich auch echte Myxome vorkommen. Er giebt zu, dass Caries des Knochens den Anstoss zur Polypenbildung geben kann, hält aber die Woakes'sche Theorie von der nekrotisirenden Ethmoiditis nicht für gerechtfertigt.

Daly (Pittsburgh) sieht eine der gewöhnlichsten Reizursachen in dem beständigen Schnäuzen der Nase während längerer Anfälle von acuter Rhinitis. Die sackartige Verdoppelnng der Schleimhaut sieht man häufig beim Aufhören der Rhinitis verschwinden. In 20 Jahren hat Redner nie einen Fall von Nasenpolypen infolge von benigner Erkrankung des Antrum gesehen. Die Nekrose vermag er nicht als häufige Ursache von Polypen anzuerkennen.

David Newman (Glasgow) betont, dass die Schleimpolypen weder chemisch noch pathologisch von den echten Myxomen sich unterscheiden.

M. Richard Lake hat eine grosse Anzahl Polypen histologisch untersucht und nie etwas anderes als ödematöse Hypertrophie gefunden. Keines seiner Präparate bot die Charakteristika des Myxoms oder ödematösen Fibroms; sie stellten sich einfach als hypertrophisches Gewebe dar.

Watson Williams (Bristol) vertritt Hoffmann's Theorie von der Gefässverstopfung aus entzündlicher Ursache. Das Gefühl von blossliegendem Knochen, das man beim Sondiren oft hat, führt er auf die Ansätze von Knochenneubildung an der Basis der Polypen zurück.

A. W. de Roaldes (New Orleans) macht darauf aufmerksam, dass bei Negern, die kurze geräumige Nasenhöhlen haben und bei denen Rhinitis und Nasenhöhlenerkrankung selten vorkommen, auch die Polypenbildung eine grosse Seltenheit ist. Obgleich er syphilitische Erkrankung der mittleren Muschel relativ oft bei Negern beobachtet hat, sah er doch niemals die Complication derselben mit richtigen Polypen.

Die Referenten erwidern in kurzem Schlusswort.

J. J. Risien Russell: Die Vertretung der Abduction der Stimmbänder in der Hirnrinde.

Die Thatsache, die Semon und Horsley demonstrirt haben, dass Reizung einer Stelle in der Capsula interna beim Hunde Abduction auslöste, legte Redner den Gedanken nahe, dass die Abduction auch in der Hirnrinde des Hundes ihre Vertretung hat, diese bei der bisherigen Nachforschung aber nicht gefunden sei wegen des Uebergewichts der Repräsentation der Adductoren. Um dieses Uebergewicht aus dem Wege zu räumen, griff Redner auf die von ihm selbst festgegestellte Thatsache zurück, dass die Adductorenfasern in jedem Recurrensnerven für sich gesondert und getrennt liegen und durchschnitt die Adductorenfasern einer Seite. Unter diesen Umständen erzeugte er Abduction durch Reizung der Hirnwindung etwas vor und unterhalb des Krause'schen Adductoren-Centrums, während Reizung des letzteren auf der intacten Seite in demselben Stadium der

Aether-Narkose Adduction herbeiführte. Nachdem auf diesem Wege das Centrum bestimmt war, gelang es ihm bei einem gewissen Procentsatz der Hunde und bei allen Katzen auch ohne die theilweise Durchtrennung des Recurrens von der Rinde aus Abduction zu erzielen. Das Centrum ist von dem von Semon und Horsley bei der Katze gefundenen ganz verschieden, da seine Reizung bei Hunden sowohl wie Katzen zum Stillstand in Abduction führt. Nahe diesem Punkte an dem Gyrus compositus anterior fand sich ein anderer, dessen Reizung zum Stillstand in Adduction führt.

Semon beglückwünscht Russell zu seinen ingeniösen Methoden und vorzüglichen Resultaten und fragt an, ob er einseitige Bewegungen im Kehlkopf durch Hirnreizung unter irgend welchen Umständen beobachtet hat.

Auch Delavan spricht dem Verf. seine Glückwünsche aus.

Watson Williams berichtet über einen Fall von Jackson'scher Rindepilepsie mit motorischer Aphasie, bei dem die Bewegungen des Kehlkopfs selbst während der Anfälle vollkommen normale waren.

Russell erwidert, dass er niemals bei seinen Experimenten eine einseitige Bewegung wahrgenommen hat.

Alexander Hodgkinson (Manchester): Ueber die Schwingungen der Stimmbänder.

Redn. beschreibt eine Methode zur Demonstration der Schwingungsknötchen der Stimmbänder mittelst eingeblasenen Indigo-Pulvers. Beim Anlauten einer Note sieht man den mit dem Schleim gemischte Indigo vom Rande des Stimmbandes sich entfernen in einer nach aussen convexen Bogenlinie, deren Form mit der Höhe des Tones wechselt. Bei Brusttönen tritt der Indigo sehr weit zurück bis an die Basis des Stimmbandes, welches selbst rein erscheint. Beim Singen von Fallsetttönen bleibt die Linie auf dem halben Wege parallel dem freien Rande des Stimmbandes stationär. Bei einem Falle von einseitiger Abductoren-Lähmung erreichte die Bogenlinie den freien Rand etwas hinter der Spitze des Proc. vocalis, während sie es normaler Weise ein klein wenig weiter nach hinten erreichte.

Illingworth: Einige Punkte aus der Anatomie und Physiologie des Kehlkopfs.

Redn. stellt die Gründe zusammen, die gegen die „Theorie der gespannten Saite" sprechen und behauptet, dass die Stimme in derselben Weise producirt wird, wie die Töne einer Trompete. Die Schwingungen finden im Wesentlichen in der zwischen wahren und falschen Stimmbändern enthaltenen Luft statt.

Cathcart vertheidigt die Theorie von Wyllie.

1. August: Discussion über die infectiöse Natur der lacunären Tonsillitis.

Prof. B. Fränkel (Berlin) bespricht das klinische Bild der Erkrankung und hebt hervor, dass in dem plötzlichen Beginn der Krankheit und ihrem Ende durch

Krisis, ferner in dem Missverhältniss zwischen den lokalen Erscheinungen und der Höhe des Fiebers alle Charakteristica einer Infectionskrankheit gegeben seien. Durch Tonsillotomien während des acuten Krankheitsstadiums — einer Operation, die übrigens in allen Fällen günstiges Resultat hatte — gewann Redn. Material zu mikroskopischer Untersuchung. Er überzeugte sich, dass die histologischen Veränderungen im Wesentlichen die einer parenchymatösen Entzündung mit Auswanderung von Leukocyten aus den Follikeln in die Lacunen waren. Eine fibrinöse Exsudation hatte nicht stattgefunden, es bestand daher keine Pseudomembran. Für Untersuchungen bezüglich der Aetiologie konnten nur unzweifelhafte und reine Fälle verwerthet werden; solche begegneten dem Vortr. nach operativem Eingriff in der Nase. Diese traumatischen Anginen waren mit den spontanen Fällen vollständig übereinstimmend und die mikroskopische Untersuchung erwies die Gegenwart von Mikrococcen in dem Parenchym der Tonsillen. Die Organismen waren höchst wahrscheinlich auf dem Wege der Lymphbahnen von der Nase her eingedrungen und hatten durch die verletzte Schleimhautfläche Zutritt gewonnen. Zweifellos ist die lacunäre Tonsillitis von Mensch auf Mensch übertragbar, aber ausser der blossen Anwesenheit der Mikroorganismen muss dabei noch ein anderer Einfluss vorhanden sein, der das Eindringen der Keime in den Organismus und das Entstehen der Krankheit ermöglicht. Möglicherweise wirkt so die Erkältung, indem sie zuerst eine Rhinitis erzeugt und damit einen Locus minoris resistentiae, an dem die normaler Weise bereits vorhandenen, von der gesunden Schleimhaut aber ausgeschlossenen Bakterien Zugang gewinnen.

Macintyre (Glasgow) erwähnt die Verwirrung, die in der Klassifikation der verschiedenen Formen acuter Mandelentzündung zur Zeit herrscht und erörtert unter Zugrundelegung der neueren bakteriologischen Forschungen die Frage, wie weit man berechtigt sei, eine bakterielle Ursache der Affection anzunehmen. Er lenkt besonders die Aufmerksamkeit auf die secundären toxischen Erscheinungen an Lunge, Verdauungstractus, Niere und Milz und berichtet dabei über einen Fall, bei dessen Section sich eine Entzündung der Peyer'schen Plaques fand. Vergleicht man die Mikroorganismen, die an der Erkrankungsstelle vor, während und nach einer lacunären Tonsillitis zu finden sind und zwar unter Prüfung der Pathogenität der einzelnen Keime und unter Heranziehung gesunder Leute und zur Erkrankung disponirter Individuen, so ergiebt sich, dass man auf der acut erkrankten Mandel keine Bakterien findet, die nicht auch im gesunden Munde vorhanden sind. Redn. schildert dann die pathogenen Eigenschaften der gewöhnlich bei lacunärer Tonsillitis gefundenen Mikroorganismen und kommt nach Erörterung der Frage, welche andere Ursachen noch für die Aetiologie dieser Erkrankung in Betracht zu ziehen seien, zu dem Resultat, dass der parasitäre Ursprung doch als der wahrscheinlichste zu erachten sei.

Hodgkinson glaubt, dass unter dem Namen der lacunären Tonsillitis verschiedene Formen der Erkrankung, die durch ähnliche Erscheinungen sich äussern, zusammengefasst werden.

William Hill erkennt einen Beweis gegen die Infectiosität in der Uebertragbarkeit der rheumatischen Fälle. Dabei aber sei es möglich, dass secundär

parasitäre Processe in den Mandeln zu einer Entzündung der serösen Häute führten, wie sie zweifellos ja Drüsenentzündungen herbeiführten, durch Vergiftung mittelst chemischer Producte der Bakterien.

v. Sokolowski u. Dmochowski (Warschau) haben mikroskopische Schnitte von zahlreichen Fällen nach Weigert gefärbt und dabei kleine Coccen, Diplococcen, Streptococcen und ein paar Bacillen gefunden. Fibrin war stets in dem Exsudat vorhanden. Nekrotische Stellen waren nur vereinzelt und oberflächlich gelegen.

Lennox Browne hat Otitis ebenso wie Tonsillitis als Folge von nasalem Trauma beobachtet. Uebertragung der Krankheit von Bett zu Bett im Krankenhause ist selten. Die rheumatischen Fälle sind wahrscheinlich echt pyämischer Natur.

St. Clair Thomson betont, dass die Ausathmungsluft frei von Bakterien ist und dass Infectionen von ausgetrockneten Sputis vermittelt werden können. Was die ursächliche Beziehung intranasaler Operationen anlangt, so können Organismen durch inficirte Instrumente eingeführt werden; möglicherweise ist die Affection auf die Mundathmung zurückzuführen, die eine Folge der Anschwellung der verletzten Nasenschleimhaut ist. Bezüglich der Krankheitserreger erinnert Redn. daran, dass Semon die Möglichkeit pathologischer Identität bei bakteriologischer Verschiedenheit hervorgehoben hat.

Gleitsmann schliesst sich der Ansicht von der infectiösen Natur der Erkrankung an und erörtert einige Punkte von praktischem Interesse aus der Operationstechnik.

Mor. Schmidt hält die Angina nach nasalen Eingriffen für überaus selten.

Lawrence berichtet über einen Krankheitsfall, der auf die Beziehungen der Erkrankung zum Rheumatismus hinweist.

Der Vorsitzende lenkt die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der Tonsillen als hervorragende Eintrittsstelle für verschiedene pathogene Keime; die physiologische Anordnung der Epitheldecken dieser Gebilde ist eine derartige, dass sie die Auswanderung von Leukocyten, aber gleichzeitig auch die Einwanderung von Bakterien gestattet.

B. Fränkel erklärt, dass in seinen Fällen ein Verdacht auf Infection durch unreine Instrumente nicht vorliegen kann.

Mc. Intyre hat nicht erwartet, dass man einen specifischen Mikroorganismus als Ursache der Tonsillitis finden würde. In dem Rheumatismus erblickt er bloss eine praedisponirende Ursache für das Eindringen von Bakterien.

Gleitsman demonstrirt eine Reihe von Wachsmodellen erkrankter Kehlköpfe, die Dr. Berliner (Berlin) hergestellt hat.

Hodgkinson: Einige Functionen der Kehlkopfventrikel.

Redn. stellte durch Experimente mit seiner Indigo-Insufflationsmethode fest, dass der Schleim in der Hauptsache durch die Thätigkeit der Cilien über die

Interarytaenoidfalte fort in den Oesophagus geschafft wurde. Etwas von dem Trachealschleim indess trat während der Phonation über den freien Rand der Stimmbänder hinweg und wurde durch die Vibrationen in die Ventrikel hineingetragen. Wenn bei Bestehen eines catarrhalischen Zustandes der Schleim nicht in dieser Weise fortbewegt wurde, sondern an den Stimmbändern festsass, so wurde die Oberfläche derselben durch die Thätigkeit der falschen Stimmbänder während des Schluckens gleichsam abgewischt und gleichzeitig trat Flüssigkeit aus den Ventriculartaschen über die Stimmbänder hin aus.

Der Vorsitzende erinnert an den Reflex, der constant beim Berühren der hinteren Larynxwand mit der Sonde auftritt.

Illingworth hält die vom Vortragenden erwähnten Funktionen für durchaus unwesentlich gegenüber anderen wichtigeren, eine Ansicht, der sich auch

Moritz Schmidt anschliesst. Ihnen, sowie Dr. Cathcart und Dr. Claremont, die sich noch an der Discussion betheiligten, erwidert Redner, dass der Schluss der Glottis Thätigkeit der wahren Stimmbänder ist.

Adolph Bronner (Bradford): Einige Fälle von Erkrankung des Kehlkopfes und der Bronchien behandelt mittelst intralaryngealer Injectionen.

Redn. betont die Leichtigkeit der Technik dieser Injectionen und schildert eingehend ihre Methodik. Er berichtet über mehrere erfolgreich behandelte Fälle, die durch andere Methoden nicht gebessert worden waren.

Die Indicationen für radicale Früh-Operation bei maligner Erkrankung des Kehlkopfes.

Bryson Delavan (New-York) stellt die Indicationen für die Früh-Operation folgendermaassen zusammen.

1. Eine Geschwulst von zweifelloser Malignität. 2. Begrenzung derselben innerhalb des Kehlkopfes. 3. Günstige Lage für vollständige Exstirpation mit möglichst geringer Verletzung der umgebenden Theile. 4. Gute Aussicht bezüglich des Nicht-Recidivirens. 5. Der Patient soll nicht zu alt, gut bei Kräften und ohne sonstigen organischen Fehler sein. 6. Zuversicht und Muth seitens des Patienten, ein gewisser Grad von Intelligenz und relativ günstige äussere Verhältnisse. Mindestens 4 von den sogenannten mit Erfolg operirten Fällen endigten durch Suicidium.

Die Frühdiagnose ist der springende Punkt. In manchen Fällen war auch durch die mikroskopische Untersuchung ein zuverlässiges Urtheil nicht zu gewinnen. Vielleicht giebt in der Zukunft die Serumtherapie eine werthvolle Probe. Redner erwähnt bei dieser Gelegenheit, dass gutartige Papillome bisweilen durch Alkohol-Spray vertrieben würden, wodurch der Verdacht auf Malignität natürlich beseitigt wird. Bezüglich der explorativen Thyrotomie ist Reserve und Vorsicht geboten, obgleich sie ohne Zweifel im Allgemeinen nützlich ist, um die bereits ziemlich sicher gestellte Diagnose vollends zu befestigen. Was die endolaryngeale Operation maligner Tumoren anlangt, so sind die Erfahrungen der letzten Jahre

durchaus absprechende. Ueber die einzelnen Formen der Radicaloperation will Redn. nicht ausführlich sprechen; er stellt einen Patienten vor, dem Solis-Cohen den ganzen Kehlkopf mit dauernd gutem Resultate entfernt hat. Die Trachea steht in keinem Zusammenhang mit dem Munde; trotzdem hat der Pat. wieder gut sprechen gelernt. Redn. betont aber, dass solche Eingriffe, um Erfolg zu haben, eine ganz besondere Kenntniss und Uebung voraussetzen; er selbst hat die Operation noch nicht ausgeführt und verlangt auch, dass sie, solange sie noch in ihrem jetzigen experimentellen Stadium sei, nur von ganz speciell qualificirten Operateuren geübt werde.

Butlin machte folgende Vorschläge:

1. Mittelst Radicaloperation soll jede maligne Geschwulst des Kehlkopfinneren behandelt werden, die überhaupt dem Eingriff zugänglich ist, wenn nicht eine bestimmte Contraindication vorliegt.

2. Jeder Kehlkopftumor, der auf Malignität verdächtig ist, dem Kehlkopfinneren angehört, in seiner Ausdehnung begrenzt und anscheinend vollständig exstirpirbar ist, rechtfertigt eine explorative Thyrotomie, wenn der Pat. sonst geeignet ist und Infiltration der umgebenden Gewebe oder Schwellung der Lymphdrüsen nicht vorliegt.

Redner betont, dass die explorative Operation gefahrlos ist; intralaryngeale Eingriffe sind sehr selten nützlich, meist führen sie zu rapidem Weiterwachsen der Geschwulst; die einzige Methode, die Hoffnung auf Heilung gewährt, ist die Radicaloperation. Wieviel von benachbarten Geweben und vom Knorpelgerüst zu entfernen, ist erst im Laufe der Operation zu bestimmen. Ist der Eingriff beschlossen, so soll er möglichst ohne Verzug gemacht werden; selbst in anscheinend stationären Fällen kann durch Zuwarten Weiterverbreitung der Krankheit verschuldet werden. Die günstigsten Fälle für die Operation sind die, bei denen der Tumor begrenzt und fast beweglich ist, nahe der vorderen Commissur sitzt und die Aryknorpel nicht afficirt. Ungünstig sind die Fälle, in denen der Larynx erweitert, die Knorpel perforirt und Drüsen geschwollen sind. Von Bedeutung ist der Allgemeinzustand des Organismus. Bezüglich der Diagnose sind 3 Classen von Fällen zu unterscheiden: 1. Die von jedem Chirurgen zu diagnosticirenden; 2. die vom Laryngologen mit specieller Erfahrung zu diagnosticirenden und 3. diejenigen, die nur nach Thyrotomie diagnosticirt werden können. Bei den letzteren ist die Frühdiagnose und darum frühe Exploration wesentlich. Der Eingriff ist weit weniger erheblich als früher, besonders bei der jeztigen Verbesserung der Nachbehandlung. Redner hat seit 1890 keinen Fall mehr verloren.

de Santi betont noch besonders, dass unter den 28 Fällen Butlin's nur ein Todesfall unmittelbar der Operation sich anschloss.

Hodgkinson hebt hervor, dass bei einem Patienten, bei dem die Thyrotomie mit Erfolg ausgeführt war, ausser anderen Störungen auch die Unfähigkeit, die Glottis zu schliessen, zurückblieb.

R. H. Woods ist der Ansicht, dass Drüsenanschwellung nicht nothwendiger Weise gegen Radicaloperation spricht; er stellt einen Patienten vor, dem er die rechte Larynxhälfte und ausserdem geschwollene Drüsen im Verlauf der Jugular-

vene und unter dem Kieferwinkel im vergangenen April exstirpirt hat. Derselbe lebt in einem befriedigenden Zustande und ohne Recidiv. Für die Operation selbst empfiehlt Redner die Anwendung eines besonderen Apparates zur Beseitigung der Blutung, sowie die Tct. benzoica composita als Antisepticum.

Charters Symonds befindet sich mit Delavan in Uebereinstimmung bezüglich der Forderung ganz specieller Erfahrung auf diesem Gebiete.

John Mackenzie (Baltimore) hält die Thyrotomie für unzureichend zur Feststellung, wie weit die Infiltration sich ausdehnt. Bei geeigneten Vorsichtsmaassregeln hat die Totalexstirpation nur geringe Gefahr; sie ist eine einfache und thatsächlich blutlos durchführbare Operation. Drüsenschwellung ist keine stricte Contraindicction gegen die Operation.

Bond hat bisweilen werthvolle Aufschlüsse durch die digitale Untersuchung erhalten. In der Affection der Drüsen sieht auch er keine Contraindication, Ergriffensein der hinteren Commissur aber hält er für sehr ungünstig. Redner verfügt über 8 gut verlaufene Fälle von Laryngectomie. Bei der Thyrotomie ist die Lagerung des Kopfes für die Vermeidung von Blutung in die Trachea von grösserer Bedeutung als die Hahn'sche Canüle. Als „Moral" der ganzen Discussion möchte er den Satz aufstellen, dass jeder Patient über 40 Jahren bei andauernder Heiserkeit von specialistisch geübter Seite untersucht und dass in verdächtigen Fällen frühzeitig die Thyrotomie gemacht werden soll, weil der Kehlkopfspiegel nur einen Theil der Geschwulst zu Gesicht bringt.

Scanes Spicer beschreibt einen Fall, der nach der Spiegeluntersuchung umgrenzt zu sein schien; die Thyrotomie ergab Betheiligung des Oesophagus.

Dundas Grant hat in einem Falle ohne die Hahn'sche Canüle mit Erfolg operirt.

Der Vorsitzende weist darauf hin, dass man die Ausdrücke „Radicaloperation" und „Laryngectomie" nicht mit einander verwirren darf. Die Thyrotomie war in Butlin's und in seinen eigenen Händen oft genug ein hinreichend radicaler Eingriff, um alles zu leisten, was der Fall erforderte. In 62 pCt. seiner Fälle kam es zu vollständiger Heilung, meist mit überraschend guter Stimme. Ein paar von diesen Fällen sind bereits vor 3—4 Jahren operirt; nur in einem ist ein Recidiv eingetreten. Es ist nicht zu leugnen, dass man in Zukunft die Indicationen der Radicaloperation wohl wird weiter ziehen können, als dies jetzt der Fall ist; vielleicht wird dann der ausgebreitete Krebs mit secundärer Drüsenerkrankung auch noch für die Radicaloperation als geeignet gelten; sicher aber werden durch frühe Diagnose und frühe Operation eine gute Zahl der schweren Eingriffe sich überhaupt ganz vermeiden lassen. Zum Schluss erklärt sich Redn. energisch gegen jede Art localer Application in Fällen, bei denen Verdacht auf Krebs vorliegt.

Delavan beglückwünscht in seinem Schlusswort die englischen Laryngologen zu dem grossen Fortschritt, den sie auf diesem Gebiet in der Richtung des conservativen Charakters der Operationen gemacht haben; er ist der Ansicht, dass mehr wie eine Laryngectomie vorgenommen worden ist in Fällen, die sich nachher

als nicht maligne herausstellten. In der Jodoformvergiftung erblickt er eine ernste Gefahr; mehrere Fälle sind berichtet, welche dies erweisen. Locale Applicationen in verdächtigen Fällen hält auch er für unerlaubt.

Butlin meint, dass nur eine relative, nicht eine thatsächliche Asepsis in Frage kommen kann.

P. R. W. de Santi: Die Thyrotomie; ein kurzer Bericht über die im St. Bartholomeus-Hospital während der letzten 15 Jahre operirten Fälle.

Redner bespricht 28 Operationen, die Butlin im Krankenhaus und in der Privatpraxis ausgeführt hat und berichtet in tabellarischer Zusammenstellung über die Einzelheiten dieser Fälle. Als practisch wichtig sei erwähnt, dass der Asepsis der die Hahn'sche Canüle umkleidenden Schwämme besondere Aufmerksamkeit zugewendet wurde; ferner die Einpinselung des blossgelegten Kehlkopfs mit 5-procentigem Cocain, die Entfernung der Canüle am Ende der Operation, die tägliche Einstäubung des Larynx und der Wunde mit Jodoform, die Lagerung des Patienten nach der Operation auf die Seite mit tiefer liegendem Kopfe. Einen Versuch, Wasser zu schlucken, soll der Patient bereits am Tage nach der Operation und zwar vornübergebeugt sitzend machen. Unter 14 Fällen von Thyrotomie wegen maligner Erkrankung im Kehlkopfinnern bei 13 Patienten hat Butlin nur einen durch die Operation verloren. In 3 Fällen war die Krankheit zu ausgedehnt zur Exstirpation des Tumors. 4 mal erfolgte Recidiv. 1 Fall starb 5 Jahre nach der Operation ohne Recidiv, 2 Fälle leben und sind ganz gesund 3 Jahre nach der Operation. Nichtmaligne Fälle wurden 8 operirt; kein Todesfall; bei allen 8 vollständige Heilung.

Milligan (Manchester). Stimmstörungen bei Schullehrern mit besonderer Berücksichtigung der Sängerknötchen.

Redner sieht in den sog. Stimmbandknötchen das Resultat einer Reihe von Veränderungen, zu denen der subacute und chronische Catarrh, die Hyperämie, die Parese der Muskeln und Varicositäten kleiner Gefässe gehören. Es kommt zu localer Entzündung und mechanischer Reizung und dadurch zu Hypertrophie des Epithels und des submucösen Gewebes. Post-nasaler und Rachencatarrh ist bei Schullehrern sehr verbreitet. Hygienische Verbesserungen in den Schulräumen und persönliche Prophylaxe hätten das Meiste zur Verhütung dieser Erkrankung zu thun, für die Behandlung kommen Ruhe und sedative Inhalationen in Frage.

Hodgkinson (Manchester). Ueber Chorditis tuberosa.

Redner führt kurz die verschiedenen Erklärungen auf, die über die Pathogenese dieses Leidens aufgestellt sind. Er stimmt mit anderen Autoren darin überein, dass die Krankheit stets mit chronischer Laryngitis in Verbindung steht, Für wesentliche Factoren hält er den excessiven Gebrauch der Stimme sowohl, wie die Schwellung der Stimmbänder. Dass die Verbindung dieser beiden Momente zur Knötchenbildung führt, erklärt er folgendermaassen: Sind die Stimmbänder nur leicht geschwollen, so können ihre vordersten Enden dort, wo die

Schwingungen die geringste Amplitude haben, während der Phonation zu engem Contact an einander gekeilt werden. Ist die Schwellung stärker, so kommt ein grösseres Stück der Stimmbänder auf diese Weise zum Contact, darunter Theile, deren Schwingungen weit genug sind, um Reibung gegenüberliegender Punkte zu erzeugen. Solche Reibung kommt vornehmlich an einer Stelle zu Stande, die unmittelbar hinter der Grenze der wirklichen Berührungslinie liegt. Hier kann man auch eine Schleimanhäufung beobachten, noch ehe eine Knötchenbildung begonnen hat.

Metcalf demonstrirt eine neue kräftige und gut transportable Batterie für electrisches Licht und ein prismatisches electrisches Laryngoskop, das directes Licht in den Kehlkopf wirft.

Hodgkinson legt ein Vergrösserungs-Laryngoskop und William Hill ein nach Czermak gebildetes Autolaryngoskop vor. Zuletzt spricht Stoker über eine verbesserte Methode zur Entfernung von Nasenrachenraumtumoren. Die Operation ist blutlos. Der Stiel der Geschwulst wird durch eine vom einen Nasenloch her eingeführte Schlinge comprimirt, der Tumor mit der durch die andere Nasenseite eingeführten Schlinge abgetragen. Die Compressionsschlinge bleibt nach der Operation, so lange als nöthig, liegen.

E. B. Waggett (Secretair der Section).

III. Briefkasten.

XII. Internationaler Medicinischer Congress.

Moskau, 19.—26. August 1897.

Der Secretair der Section für Laryngologie und Rhinologie, Herr Dr. A. Belayeff, ersucht die Specialcollegen freundlichst, ihm ihre Adressen behufs Erleichterung des Versendens der Correspondenz zukommen zu lassen. Seine Adresse ist: Herrn Dr. Ag. Belayeff. Spiridonowka. Moskau. Russland.

Personalia.

Dr. W. Nikitin, Docent für Laryngologie am Klinischen Helenen-Institut in Petersburg, ist zum Honorar-Professor ernannt worden.

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie.

Die erste Lieferung dieses von P. Heymann herausgegebenen und mit allseitiger Spannung erwarteten Sammelwerkes ist soeben erschienen. Sie bringt eine Geschichte der beiden Specialitäten aus der Feder des Herausgebers und Dr. E. Kronenberg's sowie den Beginn des Kapitels über die Anatomie des Kehlkopfs, welches von Prof. E. Zuckerkandl bearbeitet ist. Das bis jetzt Gebotene berechtigt zu der Hoffnung, dass das Werk ein durchaus repräsentatives sein wird. Dem Prospect entnehmen wir, dass das ganze dreibändige Handbuch, dessen einzelne Bände nicht nach, sondern parallel mit einander erscheinen werden, in etwas über einem Jahre in den Händen der Abnehmer sein wird. Das Centralblatt wird eine eingehende Besprechung nach Abschluss des ganzen Werkes bringen.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XII.	Berlin, Juli.	1896. No. 7.

I. Das Wilhelm Meyer-Monument.

Vor genau einem Jahre erfolgte in diesem Blatte die Anregung zur Errichtung eines Monumentes für Wilhelm Meyer. Heute können wir unseren Lesern die erfreuliche Kunde bringen, dass die Ausführung desselben gesichert ist.

Als unser Vorschlag überall Anklang gefunden hatte, wandten wir uns in dem Gefühl, dass die Ausführung des Monuments seinerzeit jedenfalls einem Landsmann des Verewigten anvertraut werden sollte, an den Präsidenten und Schatzmeister des mittlerweile begründeten dänischen Comités mit der Anfrage, wieviel Geld zur Errichtung eines geeigneten Monuments ihrer Ansicht nach erforderlich sein würde. Die Antwort lautete: etwa 20,000 Mark.

Wie wir den freundlichen Berichten der Vorsitzenden, Schatzmeister und Sekretäre der einzelnen nationalen Comités entnehmen, ist diese Summe gegenwärtig, wenn nicht völlig beisammen, so mit Sicherheit schliesslich zu erwarten, und zwar vertheilt sie sich folgendermaassen:

1. Dr. Bryson Delavan, der Vorsitzende des amerikanischen Comités, theilt uns mit, dass wir aus den Vereinigten Staaten auf 6000 Mark rechnen könnten. (Die Sammlungen sind noch nicht abgeschlossen.) .	6000 Mk.
2. In Dänemark sind, nach dem Bericht des Schatzmeisters des dänischen Comités, Dr. Mygind, 4740 Mark gesammelt worden	4740 „
Seitenbetrag	10740 Mk.

	Uebertrag	10740 Mk.
3.	In Grossbritannien haben die Sammlungen laut Bericht des dortigen Schatzmeisters Mr. Cumberbatch 4562 Mark ergeben	4562 „
4.	Aus Deutschland berichtet Dr. Edmund Meyer, dass etwa 2000 Mark zusammengekommen sind .	2000 „
5.	In Frankreich sind nach Dr. E. J. Moure's Bericht bisher 700 Frcs. gesammelt worden . . .	560 „
6.	Aus Ungarn hat uns Prof. v. Navratil als Ergebniss der Sammlungen ca. 463 Mark eingesandt	463 „
7.	Aus Russland berichtet Dr. Rauchfuss, dass bisher 150 Rubel gesammelt worden sind. (Die Sammlungen sind noch nicht abgeschlossen.) . .	ca. 320 „
8.	In Schweden und Norwegen sind, wie Prof. Uchermann berichtet, 220 Kronen gesammelt worden .	264 „
9.	Aus Italien hat uns Prof. Grazzi 345 Lire übermittelt. (Dies schliesst die beim Otologencongress in Florenz 1895 auch unter Ausländern gesammelten Gelder ein.)	252 „
10.	Aus Polen hat Dr. v. Sokolowski uns 101 Rubel als Betrag der dortigen Sammlungen gesandt . .	213 „
11.	In Australien sind durch Dr. Brady 147 Mark gesammelt und uns eingesandt worden	147 „
12.	Aus Oesterreich sind uns 90 Gulden zugesandt worden, die sich auf die Wiener laryngologische Gesellschaft (50 Gulden durch Prof. Stoerk) und die österreichischen Otologen (40 Gulden durch Prof. Gruber) vertheilen	ca. 142 „
13.	Aus der Schweiz berichtet Dr. Secretan, dass dort 160 Frcs. gesammelt worden sind	ca. 126 „
14.	Aus Holland theilt Prof. Guye mit, dass dort ca. 158 Frcs. eingegangen sind	ca. 125 „
15.	In Spanien sind ca. 93 Mark gesammelt, und uns von Dr. L. Suñé y Molist zugesandt worden . .	ca. 93 „
16.	Aus Belgien berichtet Dr. Delie, dass dort 76 Mk. gesammelt worden sind	76 „
	In Summa	20083 Mk.

Die erforderliche Summe ist also aufgebracht. Wir werden die uns direct gesandten Beträge in den nächsten Tagen an den Schatzmeister des dänischen Comités, Dr. Holger Mygind, 60 Kjebmagergade, Kopenhagen, abführen, und bitten die Collegen, welche die Sammlungen in Nordamerika, Holland, der Schweiz, Deutschland, Russland, Schweden und Norwegen, Frankreich und Belgien geleitet haben, ein Gleiches zu thun, sobald diese Sammlungen vollständig abgeschlossen sind.

Inzwischen erlauben wir uns, folgende Vorschläge zu machen:

1. Die Zeit zur Gründung eines internationalen Centralcomités ist nunmehr gekommen. Wir schlagen vor, das bereits bestehende dänische Comité als solches anzuerkennen, und demselben die Vorsitzenden, Schatzmeister und Sekretäre der einzelnen Landescomités mit der Maassgabe hinzuzufügen, dass die Erledigung der technischen Fragen dem ursprünglichen dänischen Comité überlassen bleibt.
2. Erfolgt, wie wohl vorausgesetzt werden darf, kein Widerspruch gegen diesen Vorschlag, so würde sich das internationale Centralcomité an die städtischen Behörden Kopenhagens mit der Mittheilung zu wenden haben, dass die erforderlichen Geldmittel aufgebracht seien, und hieran die Bitte um Zuweisung eines geeigneten Platzes für das zu errichtende Monument knüpfen dürfen.
3. Nach Gewährung dieser Bitte wird es sich um die Wahl des Künstlers handeln, dem die Ausführung des Monuments anzuvertrauen ist. Wir dürfen uns wohl allgemeiner Zustimmung zu dem Gedanken versichert halten, dass jedenfalls ein dänischer Bildhauer die Ehre haben muss, die Züge seines grossen Landsmannes in Stein oder Erz zu verewigen, und glauben weiterhin auch, dass es keinen Widerspruch finden wird, wenn wir vorschlagen, es den dänischen Mitgliedern des Centralcomités zu überlassen, ob sie eine Concurrenz ausschreiben, oder einen bestimmten Künstler direct mit der Ausführung des Monuments betrauen wollen.

In der Voraussetzung, dass diese Vorschläge allseitige Zustimmung finden werden, erübrigt es uns gegenwärtig nur noch, allen denen, die im Verlaufe des verflossenen Jahres ihre Kräfte der Verwirklichung des Gedankens gewidmet und allen denen, die denselben thatkräftig unterstützt haben, herzlichen Dank aussprechen. Weitere Mittheilungen über die Ausführung des Monuments wird das Centralblatt seinerzeit bringen.

Felix Semon.

Sir George Johnson †.

Durch das am 3. Juni erfolgte Hinscheiden Sir George Johnson's verliert die britische Laryngologie ihren verehrten und hochverdienten Altmeister, unsere Specialwissenschaft einen Autor, der seinen Namen durch eine Arbeit von bleibender Bedeutung in ihre Annalen eingeschrieben hat.

Im November 1818 geboren, trat Johnson im October 1839 als Student der Medicin in das King's College zu London. Schon seine Universitätscarrière war eine glänzende, er errang fast alle Preise, um die er sich bewarb, und stieg nach Ablegung seiner Examina durch die Stufenleiter der verschiedenen Hospitalstellungen im Jahre 1856 zur Würde eines „full physician" an seiner alma mater.

An dieser Stelle ist es unmöglich, seiner reichen allgemeinen wissenschaftlichen Thätigkeit eingehend zu gedenken; seine Arbeiten über die Cholera und die Schrumpfniere allein — von zahlreichen anderen Beiträgen zur wissenschaftlichen Medicin ganz abgesehen — sichern ihm ein ehrendes Andenken in der Geschichte unserer Wissenschaft*). Hier liegt es uns nur ob, an diejenigen Verdienste zu erinnern, die er sich um die Laryngologie erworben hat.

George Johnson war einer der ersten britischen Aerzte, welche die Bedeutung der neu erschlossenen Untersuchungsmethode erkannten. Er gehörte bei Czermak's

---

*) Ausführliche und seine allgemeinen Verdienste warm anerkennende Nekrologe finden sich in der „Lancet" und dem British Med. Journal vom 13. Juni 1896.

Besuch in England zu den regelmässigsten Besuchern von dessen Demonstrationen, betrieb aufs eifrigste eigene laryngologische Studien und veröffentlichte schon im Jahre 1864 ein Büchlein: „The Laryngoscope; Directions for its Use and Practical Illustrations of its Value", welches im Verein mit den zeitgenössischen Arbeiten Morell Mackenzie's, Duncan Gibb's, Philip Smyly's, Thomas James Walker's und anderer britischer Pioniere der Laryngologie ein besseres Verständniss des Werthes der Methode in England anbahnte.

War weder diesem Werk noch sonstigen casuistischen laryngologischen Arbeiten Johnson's dauernde Bedeutung beschieden, so steht es anders mit seinem Aufsatz „On the Laryngeal Symptoms which result from the Pressure of Aneurismal and Other Tumours upon the Vagus and Recurrent Nerves", der in den Transactions der Royal Medical and Chirurgical Society, Vol. LVIII, 1875, veröffentlicht ist. Die leider viel zu wenig bekannte Arbeit, welche die Differenz zwischen dem gemischten Vagus und dem rein motorischen Recurrens behandelt, gehört zu den klassischen Leistungen der Laryngologie. Sie ist nicht im Geringsten veraltet, liefert ein glänzendes Zeugniss von der Originalität und der philosophischen Denkweise ihres Verfassers und sollte von jedem Laryngologen auch heute noch im Original studirt werden, da sie abgesehen von ihrem Grundthema zahlreiche Fragen streift, die gerade jetzt wieder im Vordergrunde des laryngo-neurologischen Interesses stehen. Die „Johnson'sche Hypothese", welche in geistreichster Weise erklärt, warum bei einseitigen Recurrensläsionen nur einseitige, bei einseitigen Vagusläsionen doppelseitige Kehlkopflähmungen zu Stande kommen, sollte ihrem Urheber für immer einen Platz in der Ehrenreihe der laryngologischen Literatur sichern! —

Abgesehen von seinen wissenschaftlichen, unserer ganzen Specialität zu Gute kommenden Leistungen hat Sir George Johnson sich noch in anderer Weise ganz besonders um die Laryngologen seines Heimathlandes verdient gemacht. Als im Jahre 1881 die Laryngologie von dem Londoner internationalen medicinischen Congresse aus rein persönlichen Gründen ausgeschlossen werden sollte, und die grösste Schwierigkeit vorhanden war, einen Modus vivendi zu finden, liess Johnson sich bereit finden, die verhältnissmässig untergeordnete Stellung des Vorsitzenden einer Subsection zu über-

nehmen, nur um der Laryngologie überhaupt zu einer Stellung zu verhelfen. Bei der ungemeinen Achtung, die er persönlich allerseits genoss, war seine Verbindung mit der Subsection der erste officielle Lichtblick, den die Laryngologie, bis dahin das Aschenbrödel der englischen Medicin, empfing; der Erfolg der Abtheilung war ein ungemein grosser, und von jener Zeit datirt die bessere Stellung unserer Specialität in Grossbritannien. Die damaligen Mitkämpfer werden Johnson für seine Hülfe in kritischer Zeit stets ein dankbares Andenken bewahren.

Zum zweiten Male lieh er die Autorität seines Namens und seiner Stellung bei der Gründung der Londoner laryngologischen Gesellschaft. Er war damals bereits zu den höchsten Ehrenstellen in der medicinischen Hierarchie emporgestiegen, war Präsident der vornehmsten medicinischen Gesellschaften Londons gewesen, geadelt und zum Ehren-Leibarzt der Königin ernannt worden, und hatte sich, seiner schwankenden Gesundheit wegen, schon fast ganz aus dem öffentlichen Leben zurückgezogen. Als ihm aber vorgestellt wurde, wie sehr seine persönliche Theilnahme an der Gründung und den ersten Arbeiten der neuen Gesellschaft zu ihrem Aufblühen und zur Erringung einer allerseits geachteten Stellung beitragen würde, willigte er ein, ihr erster Vorsitzender zu werden, leitete, so lange es sein Gesundheitszustand erlaubte, ihre Verhandlungen, und bewahrte ihr bis an sein Lebensende warmes Interesse. Bei seinem Ausscheiden aus dem Präsidentenamte wurde ihm, in Anerkennung seiner Verdienste um die Gesellschaft, die Ehrenmitgliedschaft derselben verliehen.

Persönlich war Sir George Johnson ein durch und durch vornehm denkender, liebenswürdiger Mann, mit warmem Herzen für alles Gute und Schöne. Viele von uns haben in ihm einen treuen, opferwilligen Freund verloren. Sein Andenken wird unvergessen bleiben.

Felix Semon.

III. Referate.

a. Allgemeines, Parotis, obere Luftwege etc.

1) **R. Botey** (Barcelona). **Die Specialisirung der laryngologischen, rhinologischen und otologischen Studien und deren Verhältniss zur allgemeinen Medicin und Chirurgie. (La especializacion de los estudios laringológicos, rinológicos y otológicos y sur relaciones con la medicina y cirugia generales.)** *Revista de Ciencias medicas de Barcelona. 1895. No. 1—5. Archivos latinos de laringologia etc. 1895. No. 51, 52, 54, 55, 56.*

Verf. hat sich in seiner Privatheilanstalt als Privatdocent seiner Specialitäten etablirt und veröffentlicht unter obigem Titel die Antrittsrede, mit der er seine Vorträge eröffnete. Die Existenzberechtigung der drei Specialitäten wird überzeugend dargethan und auch die Nothwendigkeit bewiesen, an unseren Universitäten eigene Lehrstühle dafür ins Leben zu rufen. Verf. ist ohne allen Zweifel der berufenste Vertreter aller drei Specialitäten, doch wird eine Professur dafür noch lange auf sich warten lassen, da unsere Regierung für solche Dinge kein Geld hat.

SENTIÑON.

2) **Raymond Johnson** (London). **Schwellungen der Parotis. (Swellings of the parotis.)** *British Medical Journal. 2. Mai 1896.*

Beschreibung von fünf ungewöhnlich acuten Fällen von Schwellung der Parotis vor der Harveian Society of London, am 16. April 1896. Die Erklärung dieser Fälle lautete dahin, dass die Parotitis durch Retention des Speichels infolge von Entzündung der Schleimhaut des Ductus Stenonianus herrühre. Die praktische Bedeutung der Affection bestände in ihre Aehnlichkeit mit Mumps. In der Discussion lenkte Dr. Coode Adams die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit, dass es sich in diesen Fällen um reflectorische Einflüsse handle. — Dr. Dundas Grant rieth zum äusseren Gebrauch eines Jodkalium-Liniments und von Pilocarpin.

SEMON.

3) **Leguen** u. **Marien. Tuberculöse Parotitis. (Parotidite tuberculeuse.)** *Soc. Anatom. de Paris. 9. Januar 1896.*

Vorstellung eines Falles von Tuberkulose der Parotis. Im Gewebe der Ohrspeicheldrüse war eine kleine Höhle zu constatiren; im Eiter derselben wurden Tuberkelbacillen nachgewiesen. Die Verff. glauben, dass die Infection durch den Ausführungsgang erfolgt ist.

A. CARTAZ.

4) **T. W. Huntington. Totalexstirpation der Parotis. (Total exstirpation of the parotid gland.)** *Occidental Med. Times. November 1895.*

H. bespricht den Fall einer Frau, der der Ductus Stenonianus von Geburt an fehlte. Die Ohrspeicheldrüse war langsam angeschwollen, bis sie schliesslich

Hühnereigrösse erreichte. Es wurde die Totalexstirpation angerathen und auch mit Erfolg ausgeführt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

5) **Kopfstein** (Prag). **Beitrag zur Kenntniss der Geschwülste der Carotisdrüse.** *Wiener klin. Rundschau. 6—8. Februar 1895.*

Verf. giebt zunächst eine Uebersicht der 4 bisher veröffentlichten Fälle. Folgt die genaue makroskopische und mikroskopische Beschreibung des von Maydl (Prag) operirten Falles an einer 46jährigen Frau. (Mehrere Abbildungen). Die hühnereigrosse Geschwulst hatte ihren Sitz an der linken Carotis und zeigte sich die Carotis communis mit ihren Hauptzweigen von der Neubildung eingeschlossen, so dass die Exstirpation nur mit gleichzeitiger Resection der Carotisgabelung ausführbar. Der Verlauf war günstig. Abgesehen von einer Erweiterung der rechten Pupille und leichten, durch die Narben bedingten Schlingbeschwerden, bestanden keine Störungen.

Diagnostisch verwerthbar sind folgende Merkmale: 1. Beginn der Entwickelung der Geschwulst in der Höhe der Carotisgabelung. 2. Pulsation. 3. Gefässgeräusche über dem Tumor. 4. Langsames Wachsthum. 5. Das Alter von 18 bis 46 Jahren.

Die bisher beobachteten Fälle waren gutartig und recidivirten nicht. Trotzdem ist die Prognose wegen der leicht erfolgenden Nervenverletzungen und der unvermeidlichen Carotisunterbindung zweifelhaft. CHIARI.

6) **Kopfstein** (Prag). **Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss der intercarotischen Geschwülste.** *Wiener klin. Rundschau. 30. Juni 1895.*

Bericht über einen zweiten von Maydl mit günstigem Erfolg operirten Fall. In Folge der Durchschneidung des linken N. vagus und sympathicus zeigte sich eine leichte Abweichung der Zunge nach der linken Seite beim Herausstrecken, leichte Injection der Rachenhöhle, Schiefstellung der Uvula. Bei der Phonation bewegt sich nur die rechte Hälfte des weichen Gaumens. Die Sensibilität der linken Larynxhälfte ist vernichtet, das linke Stimmband unbeweglich, in Cadaverstellung. Stimme rauh und näselnd. Das Schlucken compacter Speisen ist etwas erschwert. Im Allgemeinen war das Verhalten des Tumors ähnlich den bisher publicirten Fällen, bot jedoch folgende Abweichungen: 1. Das schnellere Wachsthum, 2. Infiltration der Lympdhdrüsen am unteren Pol der Geschwulst, 3. feste Verwachsung der Geschwulstkapsel mit dem Vagus und Sympathicus und Umwucherung des Hypoglossus. Somit waren deutliche Zeichen der Malignität in diesem Falle vorhanden. Bei der Diagnose kämen eventuell in Betracht: Lymphoma simplex, Aneurysma, Struma aberrans. CHIARI.

7) **W. T. Thomas. Ein Fall von Halsdurchschneidung. Ligatur der Carotiden und der Jugularvenen einer Seite. Infusion einer Salzlösung. Heilung. (A case of cut throat in which all the carotid arteries and all the jugular veins on one side were ligatured. Perfusion of saline solution. Recovery.)** *British Medical Journal. 7. December 1895.*

45jähriger Mann durchschnitt sich den Hals mit einem Federmesser;

$^1/_2$ Stunde danach bewusstlos aufgefunden. Enorme Wunde, Durchtrennung der Carotis communis und der Vena jugularis interna. Operation und Ausgang sind in der Ueberschrift genannt.

ADOLPH BRONNER.

8) **Tissot. Schwere Wunde der Regio suprahyoidea. (Plaie grave de la region sus-hyoidienne.)** *Dauphiné méd. September 1895.*

Nicht zugänglich.

LUC.

9) **Bérard** (Lyon). **Peri-laryngo-oesophageale Actinomykose. (Actinomycose peri-laryngo-oesophagienne.)** *Lyon médical. 21. April 1895. p. 545.*

Der Pat. war 57 Jahre alt; die Erkrankung hatte alle Organe der mittleren Halspartie erfasst, Larynx, Trachea, Schilddrüse und Oesophagus, die in eine Art Panzer steif eingeschlossen lagen, so dass der ganze Hals immobilisirt war. Nachdem sich vorn am Hals Fisteln geöffnet hatten, wurden in dem Eiter Actinomyceskörnchen mikroskopisch nachgewiesen und damit die vorher schon gestellte Diagnose gesichert. Die Darreichung von 4 und später 5 g Jodkali täglich führte anfangs eine gewisse Besserung herbei, der Hals wurde weniger steif, die Bewegungen desselben leichter; bald aber ging der Kranke an Lungenerscheinungen zu Grunde. Die Section ergab in beiden Lungen broncho-pneumonische Herde ohne tuberkulöse Erscheinungen, ferner in der rechten Lunge zwei Cavernen. Der Larynx, die tieferen Theile des Pharynx, Schilddrüse und die grossen Gefäss- und Nervenstämme lagen in einer speckigen Gewebsmasse eingebettet.

LUC.

10) **Grouwen. Eosinophile Leucocyten in der Schleimhaut der oberen Luftwege.** Inaug.-Diss. Bonn. 1895.

Ref. nicht zugänglich.

A. ROSENBERG.

11) **J. B. Sweeney. Acute und subacute Erkrankungen der oberen Luftwege. (Acute and subacute diseases of the upper respiratory tract.)** *Charlotte Medical Journal. Januar 1896.*

Nichts von Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

12) **A. K. Bond. Ursachen und Behandlung der Erkältung. (The causes and treatment of a cold.)** *Babyhood. Januar 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

13) **L. Rethi** (Wien). **Die Blutungen der oberen Luftwege in ihren allgemeinen und besonderen Beziehungen.** *Bresgen's Sammlung zwangl. Abhdl. aus d. Gebiete d. Nasen-, Ohren-, Mund- u. Halskkhten. Heft 4. 1895.*

Die Ursachen sind örtliche und allgemeine; zu den ersteren gehören vor allen die Traumen verschiedenster Art, operative Eingriffe (Nachblutungen), Digitaluntersuchungen, gewaltsames Ablösen von Krusten u. a. m.

Spontane Blutungen, auch die Epistaxis (? Ref.) treten in Folge katarrhalischer Entzündungen auf; ferner führen zu Hämorrhagien Ulcerationen, Neubildungen; ebenso plötzliche Blutdrucksteigerung, besonders bei veränderter Beschaffenheit der Gefässe.

Zu den allgemeinen Ursachen gehören Gefässveränderungen und Veränderungen der Blutmischung (Hämophilie, Leukämie, Skorbut u. s. w.); hierher sind zu rechnen die Hämorrhagien bei alten Leuten und Potatoren; bei verschiedenen Infektionskrankheiten. Daran reihen sich die vicariirenden und nervösen Blutungen und schliesslich solche, bei denen keine anatomischen Veränderungen nachweisbar sind.

Nach einer kurzen Besprechung der Symptome theilt R. den Befund mit. Er erwähnt die Epistaxis, den blutenden Polypen und Blutungen aus anderen Stellen der Nase, dem Nasenrachen, dem Zungengrund, Varicen des Rachens; weiter Hämorrhagien aus dem Kehlkopfe (Ulcus, Tumor, Laryngitis sicca u. a.) und der Luftröhre. Schliesslich finden die Hämatome und Ecchymosen ihre Besprechung. Auf die Entstehung eines Theiles der sog. spontanen Blutungen wirft einiges Licht der mikroskopische Befund. An der katarrhalisch veränderten Schleimhaut der oberen Luftwege fand R. einen grossen Reichthum von Gefässen, ausgedehnte Venen und Kapillaren und stellenweise grosse Haufen körnigen Pigments als Residuen vorausgegangener Hämorrhagien, so dass solche also in enge Beziehung zu Katarrhen gebracht werden müssen, so auch bei der Laryngitis hämorrhagica.

Die Diagnose begegnet zuweilen grossen Schwierigkeiten.

Geringfügige, häufig recidivirende Blutungen weisen auf den Rachen hin; eine Epistaxis kann eine Rachen-, Magen- resp. Lungenblutung vortäuschen und umgekehrt. Finden wir an einer Stelle der Schleimhaut Blut, so kann es doch von einer anderen hierher befördert sein. Eine genaue Untersuchung ist nothwendig, ebenso die mikroskopische Durchforschung etwaiger Beimengungen.

Der lesenswerthe Aufsatz schliesst mit einer eingehenden Besprechung der Prognose und Therapie.

A. ROSENBERG.

14) **Loewenberg** (Paris). **Chronischer Cocainismus nasalen Ursprungs. (Cocainisme chronique d'origine nasale.)** *Bullet. méd. 17. März 1895.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von schwerer psychischer Störung (Schlaflosigkeit, Melancholie, Selbstmordgedanken) infolge von Cocainmissbrauch; er warnt davor, cocainhaltige Schnupfpulver oder Lösungen zum Einpinseln den Patienten selbst in die Hand zu geben.

LUC.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **Rosenfeld. Angeborene Nasenspalte.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1895.*

R. stellte im ärztlichen Verein zu Nürnberg einen 11jährigen Knaben mit seitlicher Spaltbildung der Nase vor. Es fehlte die knorpelige Scheidewand und der Knorpel des rechten Nasenflügels. Es war schon einmal eine Operation gemacht worden, doch hatte sich das rechte Nasenloch fast völlig verengert. R. machte nun eine zweite Operation, welche ein sehr befriedigendes Resultat gab.

SCHECH.

16) **Czerny. Drei plastische Operationen.** *Arch. f. klin. Chir. L. 1895.*

1. Osteoplastische Eröffnung der Stirnhöhle.

Eröffnung der Stirnhöhle durch Aufklappen eines Hautknochenlappens; nach der Ausheilung des Empyems liess man denselben wieder zuheilen. Sehr gutes kosmetisches Resultat.

2. Correctur der Sattelnase durch Bildung eines Nasenrückens aus dem knorplig-knöchernen Seitendache der Nase in zwei Fällen.

3. Interessirt die Leser dieses Blattes nicht.

A. ROSENBERG.

17) **Delorme. Metallische Prothese für Nasendifformitäten. (Prothèse métallique contre les difformités nasales.)** *Soc. de Chirurgie. 9. Januar 1895.*

Verf. hat die Metallstütze von Ch. Martin benutzt, die von Chaput zur Heilung nasaler Difformitäten traumatischen Ursprungs empfohlen worden ist. In drei Fällen musste er den Apparat, der von den Geweben nicht vertragen wurde (Schmerzen, Ulceration), wieder entfernen.

LUL.

18) **A. Kohn. 2 Fälle von blutenden Nasenpolypen. (Dwa przypadki krwawiacych polipów przegrody nosowej.)** *Gazeta lek. No. 51. 1895.*

In beiden Fällen handelte es sich um junge Frauen, welche an Nasenverstopfung und Nasenblutungen litten und bei welchen vom Verf. ziemlich grosse gestielte Polypen gefunden und galvanokaustisch radical operirt wurden. Die mikroskopische Untersuchung des ersten Falles ergab Fibroma molle telangiectodes cavernosum.

In beiden Fällen hörten die Blutungen gänzlich auf.

A. v. SOKOLOWSKI.

19) **Lacoarret. Schleimpolypen der Nasenhöhle; abnorme Entwicklung und seltener Ausgang. (Polypes muqueux des fosses nasales; développement anormal; terminaison rare.)** *Annales de la Policl. de Toulouse. No. 5. October 1895.*

Verf. beschreibt einen Fall von einem fibromucösen Polypen einer Nasenseite, der eine Verlängerung zum Nasopharynx hin sandte und einen zweiten Fall von spontaner Nekrotisirung eines Nasenpolypen.

E. J. MOURE.

20) **Spencer Watson. Ein Fall von Nasenpolypen verbunden mit Tachycardie. (Case of nasal polypi associated with tachycardia.)** *British Medical Journal. 2. November 1895.*

Pat., ein Mann von 35 Jahren, hatte seit 4 Monaten Verstopfung der Nase mit 120 Pulsschlägen in der Minute.

Nach Entfernung der Nasenpolypen wurde der Puls normal.

ADOLPH BRONNER.

21) **W. M. Swett. Nasenpolypen mit Affection der Kieferhöhle und des Sinus sphenoidalis. (Nasal polypi with affection of the maxillary antrum and sphenoidal sinus.)** *Occidental Med. Times. Juli 1895.*

Der Fall ist interessant wegen der Anzahl der Geschwülste (34) und der Ausdehnung der Erkrankung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

22) **Ripault. Ein Fall von confluirendem Papillom der Nasenhöhle. (Un cas de papillome confluent des fosses nasales.)** *Annales des malad. de l'oreille, du larynx etc. No. 11. November 1895.*

36jähriger Mann, seit 4 Jahren an Verstopfung der rechten Nase leidend. Die Untersuchung ergab einen weichen röthlichen Tumor, zusammengesetzt aus einer Masse einzelner Läppchen, vorn an der unteren Muschel inserirend. Die andere Nasenseite und der Hals in normalem Zustande. Der Tumor wurde entfernt und mikroskopisch als Papillom erkannt. Das Interesse des Falles liegt in der Grösse und dem Sitz der Geschwulst.

E. J. MOURE.

23) **Rueda. Knöchernes Cystom der mittleren Muschel. (Cistoma osseo del cornetto medio.)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1895. No. 5.*

Uebersetzung einer früher in spanischer Sprache erschienenen Arbeit.

TOTI.

24) **Péan** (Paris). **Ein Fall von operirtem Rhinosclerom.** *Acad. de médecine. 22. October 1895.*

Es handelt sich um ein 25jähriges, aus Costa Rica gebürtiges Mädchen, bei dem die Neubildung die zwei unteren Drittel der Nase einnahm. Die Nasenöffnungen waren bedeutend verengt. Von der Nase aus hatte das Sclerom die Oberlippe sowie die Kiefer- und Siebbeinhöhle angegriffen. Die Affection datirte seit dem 16. Jahre der Pat. und war langsam vorgeschritten. Die Operation bestand darin, dass P. einen Theil der Oberlippe, der Nase, der Nasenmuschel sowie der Kiefer- und Siebbeinhöhlen resecirte. Die riesige Wunde granulirte regelmässig und die Mucosa reproducirte sich allmälig. Nur musste P. einige recidivirende Granulationen auf der neuen Schleimhaut mittelst Aetzkali zerstören. Die Vernarbung war schliesslich eine vollkommene.

Mittelst eines aus drei Stücken bestehenden Apparats wurde eine befriedigende Prothese gebildet.

LUC.

25) **Ficano. Osteosarkom der rechten Nasenhöhle. (Osteosarcoma della cavitá nasale destra.)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1895. No. 8.*

Die Geschwulst wurde bei einem 18jährigen Fräulein constatirt; in der Familie keine Prädisposition zu bösartigen Geschwülsten. Gutes Allgemeinbefinden. Nasenverstopfung seit 6 Monaten. Rechte Nasenhöhle durch eine braunrothe, glatte, knochenharte, unbewegliche, breitbasig inserirte, mit dem Septum und der mittleren Muschel verwachsene Geschwulst ganz ausgefüllt. — Cocaïnisirung und leichte Chloroformirung. Die harte Knochenkapsel wurde durch einen starken Meissel gebrochen, dann die ganze Geschwulst mit dem Knochen, dem sie aufsass, herausgenommen. Auskratzung. Jodoformtamponade. Sehr mässige Blutung. Entlassung der geheilten Patientin nach einigen Tagen.

TOTI.

26) **N. H. Pierce. Sarkom der Nase behandelt mit Toxinen von Erysipel und Bacillus prodigiosus. (Sarcoma of nose treated with toxins of erysipelas and bacillus prodigiosus.)** *Chicago Med. Recorder. Juli 1895.*

Zwei Fälle — ein Myxosarcom an der mittleren Nasenmuschel beginnend

und ein postnasales Fibrosarcom — wurden behandelt, beide ohne jeden Erfolg. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **Olschewsky. Ueber das Sarkom der Nasenhöhle.** Dissertation. Königsberg. 1895.

In dem von Olschewsky beschriebenen Falle, der aus der Klientel von Kafemann stammt, handelte es sich um eine Frau von 58 Jahren, bei welcher ein melanotisches Sarcom ausgehend von der Gegend des Hiatus semilunaris im mittleren linken Nasengange durch Spaltung der Nase entfernt werden musste.

SEIFERT.

28) **M. D. Lederman. Sarkom der Nasenhöhle; Ligatur beider Art. carotis externae; entschieden günstiger Effect. (Sarcoma of the nasal cavity; ligation of both external carotids; decided beneficial effect.)** *N. Y. Med. Record. 30. November 1895.*

Die directe chirurgische Behandlung soll in Fällen von Sarcom der Nasenhöhle frühzeitig und gründlich vorgenommen werden. Ist der chirurgische Eingriff aber nicht durchführbar — wie es auch in L.'s Falle wegen der Ausdehnung der Erkrankung auf beide Nasenhöhlen und weit in den Rachen hinein der Fall war — so entsteht die Frage, was nun zu thun.

Dr. Coley hat einige aufmunternde Resultate von der Injection von Erysipel- und Prodigiosus-Toxinen gesehen.

Van Buren unterband 1849 die rechte Carotis commun. bei einem Patienten mit Sarcom der Nase, und obgleich der Pat. schon 82 Stunden später starb, war der Tumor doch bereits merkbar kleiner geworden. W. C. Jarvis erwähnt einen ähnlichen Fall, in dem nach Ligatur beider Carotiden und darauffolgender Resection eines Theiles des Oberkiefers Heilung eintrat.

Die Behandlungsweise in dem L.'schen Falle und ihr Effekt gehen aus der Ueberschrift hervor. LEFFERTS.

29) **Güder** (Genf). **Einige seltene Geschwülste der Nasenhöhle. (Contribution à l'étude de quelques tumeurs rares etc.)** W. Kündig. Genf. 1894.

Arbeit aus dem patholog.-anatomischen Laboratorium in Genf.

Ein Theil der Arbeit behandelt 2 pigmentirte Tumoren der Nase, ein Melanosarcom vom Nasendach und eine nicht bösartige Pigmentgeschwulst des Septum.

Für das Sarcom glaubt Verf. annehmen zu dürfen, dass es sich um eine Umwandlung von gutartigen Schleimpolypen in Sarcom handle, wogegen Ref. die Anamnese zu sprechen scheint. G. bespricht auch die Hypothese von Esmarch, die das Sarcom als Form später hereditärer Syphilis ansieht. Wegen der Seltenheit der nasalen Sarcome bringt er eine Casuistik von 6 Fällen anderer Autoren. — Ref. operirte in diesem Monat aus einer Nasenseite mehrere, theils retro-, theils endonasal gelagerte zwetschengrosse Spindelzellensarcome, welche alle von der Basis des Keilbeins herzustammen schienen. Dieser Knochen erwies sich für Finger und Sonde als sehr rauh. Die histologische Analyse ist für alle 3 Tumoren ausführlich gemacht. Bezüglich des pigmentirten Nasenscheidewandpolypen

beschreibt Verf. die Einlagerung der Pigmentzellen in das Bindegewebe und hebt die Seltenheit dieser Pigmentirung hervor. Er verlangt, dass alle Nasenpolypen in diesem Sinne untersucht werden sollten, weil darin vielleicht schon eine Grundlage zur späteren Malignität der zunächst ganz unschuldigen sog. Schleimpolyen (ödem. Fibrome) gefunden werden könnte.

Das wahre Papillom der Nase wird von G. entgegen der Anschauung Hopmann's als eine selten vorkommende Neubildung beschrieben, welche eine besondere Gruppe von Geschwülsten bilde. Das Bindegewebe und die epitheliale Decke hätten bei der Ausbildung des Papilloms dieselbe Dignität und seien hier nicht disproportionirt wie z. B. bei Carcinom. Als Causalität seien continuirliche mechanische Reizungen anzusehen. Zur Diagnose sei das Mikroskop indispensabel, indem es nicht auf die äussere Oberfläche ankomme. Drei Tafeln mit Schnitten sind beigegeben.

JONQUIÈRE.

30) **Stamatiades. Zur Behandlung gewisser maligner Tumoren der Nasenhöhle durch die natürlichen Wege. (Du traitement de certaines tumeurs malignes des fosses nasales par les voies naturelles.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Der Verf. kommt zu dem Schluss, dass in allen Fällen, in denen die malignen Tumoren keine Fortsätze in die accessorischen Höhlen entsenden, ihre Entfernung per vias naturales zu versuchen ist. Zu den grossen Operationen der temporären Resection der Nasen- oder Gesichtsknochen darf man erst bei ausgebreiteten Neoplasmen mit Fortsätzen in die Nebenhöhlen greifen.

A. CARTAZ.

31) **L. Lubliner. Ueber die Erkrankungen der Thränenwege im Zusammenhange mit Nasenkrankheiten. (O cierpieniach dróg tzowych zaleznych od zboczen w jamach nosowych.)** *Przeglad chirurgiczny. Zeszyt IV. 1895.*

Es wurden vom Verf. in 94 Fällen von verschiedenen Erkrankungen der Thränenorgane die Nasenwege genau untersucht und nur 5 Fälle ohne wesentliche Veränderungen derselben gefunden.

Bei den übrigen 89 Fällen wurden folgende Veränderungen constatirt: 1. Rhinitis hypertrophica 34 mal, 2. Ozaena simplex 30 mal, 3. Rhinitis scrophulosa 8 mal, 4. Rhinitis catarrhalis chronica 5 mal, 5. Degeneratio polyposa conchae inf. et mediae, polypi mucosi in meatu narium inf. 5 mal, 6. Empyema antri Highmori 3 mal, 7. Lues nasi, Necrosis ossium 2 mal, 8. Tuberculosis nasi 1 mal, 9. Vegetationes adenoideae 1 mal.

Die ursächlichen Erkrankungen der Nasengänge theilt Verf. in 2 Kategorien: 1. diejenigen Krankheiten, welche einen directen mechanischen Druck auf die Ausmündungen der Thränenwege ausüben; hierher gehören nach Verfasser 1. Hypertrophia conchae inf., 2. Nasenpolypen, 3. einige Erkrankungen der Highmorshöhle.

Zur zweiten Kategorie gehören diejenigen Processe der Nasenschleimhaut, welche per continuitatem auf die Schleimhaut der Thränenwege sich verbreiten; hierher gehören nach Verfasser: 1. Ozaena simplex, 2. Rhinitis purulenta, 3. Rhinitis scrophulosa, 4. Caries et Necrosis ossium nasi, Syphilis nasi, Tuberculosis et Lupus nasi, 5. Rhinoscleroma.

und ein postnasales Fibrosarcom — wurden behandelt, beide ohne jeden Erfolg. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **Olschewsky. Ueber das Sarkom der Nasenhöhle.** Dissertation. Königsberg. 1895.

In dem von Olschewsky beschriebenen Falle, der aus der Klientel von Kafemann stammt, handelte es sich um eine Frau von 58 Jahren, bei welcher ein melanotisches Sarcom ausgehend von der Gegend des Hiatus semilunaris im mittleren linken Nasengange durch Spaltung der Nase entfernt werden musste.

SEIFERT.

28) **M. D. Lederman. Sarkom der Nasenhöhle; Ligatur beider Art. carotis externae; entschieden günstiger Effect. (Sarcoma of the nasal cavity; ligation of both external carotids; decided beneficial effect.)** *N. Y. Med. Record. 30. November 1895.*

Die directe chirurgische Behandlung soll in Fällen von Sarcom der Nasenhöhle frühzeitig und gründlich vorgenommen werden. Ist der chirurgische Eingriff aber nicht durchführbar — wie es auch in L.'s Falle wegen der Ausdehnung der Erkrankung auf beide Nasenhöhlen und weit in den Rachen hinein der Fall war — so entsteht die Frage, was nun zu thun.

Dr. Coley hat einige aufmunternde Resultate von der Injection von Erysipel- und Prodigiosus-Toxinen gesehen.

Van Buren unterband 1849 die rechte Carotis commun. bei einem Patienten mit Sarcom der Nase, und obgleich der Pat. schon 82 Stunden später starb, war der Tumor doch bereits merkbar kleiner geworden. W. C. Jarvis erwähnt einen ähnlichen Fall, in dem nach Ligatur beider Carotiden und darauffolgender Resection eines Theiles des Oberkiefers Heilung eintrat.

Die Behandlungsweise in dem L.'schen Falle und ihr Effekt gehen aus der Ueberschrift hervor. LEFFERTS.

29) **Güder** (Genf). **Einige seltene Geschwülste der Nasenhöhle. (Contribution à l'étude de quelques tumeurs rares etc.)** W. Kündig. Genf. 1894.

Arbeit aus dem patholog.-anatomischen Laboratorium in Genf.

Ein Theil der Arbeit behandelt 2 pigmentirte Tumoren der Nase, ein Melanosarcom vom Nasendach und eine nicht bösartige Pigmentgeschwulst des Septum.

Für das Sarcom glaubt Verf. annehmen zu dürfen, dass es sich um eine Umwandlung von gutartigen Schleimpolypen in Sarcom handle, wogegen Ref. die Anamnese zu sprechen scheint. G. bespricht auch die Hypothese von Esmarch, die das Sarcom als Form später hereditärer Syphilis ansieht. Wegen der Seltenheit der nasalen Sarcome bringt er eine Casuistik von 6 Fällen anderer Autoren. — Ref. operirte in diesem Monat aus einer Nasenseite mehrere, theils retro-, theils endonasal gelagerte zwetschengrosse Spindelzellensarcome, welche alle von der Basis des Keilbeins herzustammen schienen. Dieser Knochen erwies sich für Finger und Sonde als sehr rauh. Die histologische Analyse ist für alle 3 Tumoren ausführlich gemacht. Bezüglich des pigmentirten Nasenscheidewandpolypen

beschreibt Verf. die Einlagerung der Pigmentzellen in das Bindegewebe und hebt die Seltenheit dieser Pigmentirung hervor. Er verlangt, dass alle Nasenpolypen in diesem Sinne untersucht werden sollten, weil darin vielleicht schon eine Grundlage zur späteren Malignität der zunächst ganz unschuldigen sog. Schleimpolyen (ödem. Fibrome) gefunden werden könnte.

Das wahre Papillom der Nase wird von G. entgegen der Anschauung Hopmann's als eine selten vorkommende Neubildung beschrieben, welche eine besondere Gruppe von Geschwülsten bilde. Das Bindegewebe und die epitheliale Decke hätten bei der Ausbildung des Papilloms dieselbe Dignität und seien hier nicht disproportionirt wie z. B. bei Carcinom. Als Causalität seien continuirliche mechanische Reizungen anzusehen. Zur Diagnose sei das Mikroskop indispensabel, indem es nicht auf die äussere Oberfläche ankomme. Drei Tafeln mit Schnitten sind beigegeben.

JONQUIÈRE.

30) **Stamatiades. Zur Behandlung gewisser maligner Tumoren der Nasenhöhle durch die natürlichen Wege. (Du traitement de certaines tumeurs malignes des fosses nasales par les voies naturelles.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Der Verf. kommt zu dem Schluss, dass in allen Fällen, in denen die malignen Tumoren keine Fortsätze in die accessorischen Höhlen entsenden, ihre Entfernung per vias naturales zu versuchen ist. Zu den grossen Operationen der temporären Resection der Nasen- oder Gesichtsknochen darf man erst bei ausgebreiteten Neoplasmen mit Fortsätzen in die Nebenhöhlen greifen.

A. CARTAZ.

31) **L. Lubliner. Ueber die Erkrankungen der Thränenwege im Zusammenhange mit Nasenkrankheiten. (O cierpieniach dróg łzowych zależnych od zboczeń w jamach nosowych.)** *Przeglad chirurgiczny. Zeszyt IV. 1895.*

Es wurden vom Verf. in 94 Fällen von verschiedenen Erkrankungen der Thränenorgane die Nasenwege genau untersucht und nur 5 Fälle ohne wesentliche Veränderungen derselben gefunden.

Bei den übrigen 89 Fällen wurden folgende Veränderungen constatirt: 1. Rhinitis hypertrophica 34 mal, 2. Ozaena simplex 30 mal, 3. Rhinitis scrophulosa 8 mal, 4. Rhinitis catarrhalis chronica 5 mal, 5. Degeneratio polyposa conchae inf. et mediae, polypi mucosi in meatu narium inf. 5 mal, 6. Empyema antri Highmori 3 mal, 7. Lues nasi, Necrosis ossium 2 mal, 8. Tuberculosis nasi 1 mal, 9. Vegetationes adenoideae 1 mal.

Die ursächlichen Erkrankungen der Nasengänge theilt Verf. in 2 Kategorien: 1. diejenigen Krankheiten, welche einen directen mechanischen Druck auf die Ausmündungen der Thränenwege ausüben; hierher gehören nach Verfasser 1. Hypertrophia conchae inf., 2. Nasenpolypen, 3. einige Erkrankungen der Highmorshöhle.

Zur zweiten Kategorie gehören diejenigen Processe der Nasenschleimhaut, welche per continuitatem auf die Schleimhaut der Thränenwege sich verbreiten; hierher gehören nach Verfasser: 1. Ozaena simplex, 2. Rhinitis purulenta, 3. Rhinitis scrophulosa, 4. Caries et Necrosis ossium nasi, Syphilis nasi, Tuberculosis et Lupus nasi, 5. Rhinoscleroma.

und ein postnasales Fibrosarcom — wurden behandelt, beide ohne jeden Erfolg.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **Olschewsky. Ueber das Sarkom der Nasenhöhle.** Dissertation. Königsberg. 1895.

In dem von Olschewsky beschriebenen Falle, der aus der Klientel von Kafemann stammt, handelte es sich um eine Frau von 58 Jahren, bei welcher ein melanotisches Sarcom ausgehend von der Gegend des Hiatus semilunaris im mittleren linken Nasengange durch Spaltung der Nase entfernt werden musste.

SEIFERT.

28) **M. D. Lederman. Sarkom der Nasenhöhle; Ligatur beider Art. carotis externae; entschieden günstiger Effect. (Sarcoma of the nasal cavity; ligation of both external carotids; decided beneficial effect.)** *N. Y. Med. Record. 30. November 1895.*

Die directe chirurgische Behandlung soll in Fällen von Sarcom der Nasenhöhle frühzeitig und gründlich vorgenommen werden. Ist der chirurgische Eingriff aber nicht durchführbar — wie es auch in L.'s Falle wegen der Ausdehnung der Erkrankung auf beide Nasenhöhlen und weit in den Rachen hinein der Fall war — so entsteht die Frage, was nun zu thun.

Dr. Coley hat einige aufmunternde Resultate von der Injection von Erysipel- und Prodigiosus-Toxinen gesehen.

Van Buren unterband 1849 die rechte Carotis commun. bei einem Patienten mit Sarcom der Nase, und obgleich der Pat. schon 82 Stunden später starb, war der Tumor doch bereits merkbar kleiner geworden. W. C. Jarvis erwähnt einen ähnlichen Fall, in dem nach Ligatur beider Carotiden und darauffolgender Resection eines Theiles des Oberkiefers Heilung eintrat.

Die Behandlungsweise in dem L.'schen Falle und ihr Effekt gehen aus der Ueberschrift hervor.
LEFFERTS.

29) **Güder** (Genf). **Einige seltene Geschwülste der Nasenhöhle. (Contribution à l'étude de quelques tumeurs rares etc.)** W. Kündig. Genf. 1894.

Arbeit aus dem patholog.-anatomischen Laboratorium in Genf.

Ein Theil der Arbeit behandelt 2 pigmentirte Tumoren der Nase, ein Melanosarcom vom Nasendach und eine nicht bösartige Pigmentgeschwulst des Septum.

Für das Sarcom glaubt Verf. annehmen zu dürfen, dass es sich um eine Umwandlung von gutartigen Schleimpolypen in Sarcom handle, wogegen Ref. die Anamnese zu sprechen scheint. G. bespricht auch die Hypothese von Esmarch, die das Sarcom als Form später hereditärer Syphilis ansieht. Wegen der Seltenheit der nasalen Sarcome bringt er eine Casuistik von 6 Fällen anderer Autoren. — Ref. operirte in diesem Monat aus einer Nasenseite mehrere, theils retro-, theils endonasal gelagerte zwetschengrosse Spindelzellensarcome, welche alle von der Basis des Keilbeins herzustammen schienen. Dieser Knochen erwies sich für Finger und Sonde als sehr rauh. Die histologische Analyse ist für alle 3 Tumoren ausführlich gemacht. Bezüglich des pigmentirten Nasenscheidewandpolypen

beschreibt Verf. die Einlagerung der Pigmentzellen in das Bindegewebe und hebt die Seltenheit dieser Pigmentirung hervor. Er verlangt, dass alle Nasenpolypen in diesem Sinne untersucht werden sollten, weil darin vielleicht schon eine Grundlage zur späteren Malignität der zunächst ganz unschuldigen sog. Schleimpolyen (ödem. Fibrome) gefunden werden könnte.

Das wahre Papillom der Nase wird von G. entgegen der Anschauung Hopmann's als eine selten vorkommende Neubildung beschrieben, welche eine besondere Gruppe von Geschwülsten bilde. Das Bindegewebe und die epitheliale Decke hätten bei der Ausbildung des Papilloms dieselbe Dignität und seien hier nicht disproportionirt wie z. B. bei Carcinom. Als Causalität seien continuirliche mechanische Reizungen anzusehen. Zur Diagnose sei das Mikroskop indispensabel, indem es nicht auf die äussere Oberfläche ankomme. Drei Tafeln mit Schnitten sind beigegeben.

JONQUIÈRE.

30) **Stamatiades. Zur Behandlung gewisser maligner Tumoren der Nasenhöhle durch die natürlichen Wege. (Du traitement de certaines tumeurs malignes des fosses nasales par les voies naturelles.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Der Verf. kommt zu dem Schluss, dass in allen Fällen, in denen die malignen Tumoren keine Fortsätze in die accessorischen Höhlen entsenden, ihre Entfernung per vias naturales zu versuchen ist. Zu den grossen Operationen der temporären Resection der Nasen- oder Gesichtsknochen darf man erst bei ausgebreiteten Neoplasmen mit Fortsätzen in die Nebenhöhlen greifen.

A. CARTAZ.

31) **L. Lubliner. Ueber die Erkrankungen der Thränenwege im Zusammenhange mit Nasenkrankheiten. (O cierpieniach dróg łzowych zależnych od zboczeń w jamach nosowych.)** *Przeglad chirurgiczny. Zeszyt IV. 1895.*

Es wurden vom Verf. in 94 Fällen von verschiedenen Erkrankungen der Thränenorgane die Nasenwege genau untersucht und nur 5 Fälle ohne wesentliche Veränderungen derselben gefunden.

Bei den übrigen 89 Fällen wurden folgende Veränderungen constatirt: 1. Rhinitis hypertrophica 34 mal, 2. Ozaena simplex 30 mal, 3. Rhinitis scrophulosa 8 mal, 4. Rhinitis catarrhalis chronica 5 mal, 5. Degeneratio polyposa conchae inf. et mediae, polypi mucosi in meatu narium inf. 5 mal, 6. Empyema antri Highmori 3 mal, 7. Lues nasi, Necrosis ossium 2 mal, 8. Tuberculosis nasi 1 mal, 9. Vegetationes adenoideae 1 mal.

Die ursächlichen Erkrankungen der Nasengänge theilt Verf. in 2 Kategorien: 1. diejenigen Krankheiten, welche einen directen mechanischen Druck auf die Ausmündungen der Thränenwege ausüben; hierher gehören nach Verfasser 1. Hypertrophia conchae inf., 2. Nasenpolypen, 3. einige Erkrankungen der Highmorshöhle.

Zur zweiten Kategorie gehören diejenigen Processe der Nasenschleimhaut, welche per continuitatem auf die Schleimhaut der Thränenwege sich verbreiten; hierher gehören nach Verfasser: 1. Ozaena simplex, 2. Rhinitis purulenta, 3. Rhinitis scrophulosa, 4. Caries et Necrosis ossium nasi, Syphilis nasi, Tuberculosis et Lupus nasi, 5. Rhinoscleroma.

Beide Kategorien werden von Verf. eingehend besprochen und mit entsprechender Casuistik illustrirt. Verf. glaubt, dass die Erkrankungen der Nasengänge wenn nicht die directe, doch eine wesentliche Ursache der Krankheiten der Thränenwege bilden. In therapeutischer Hinsicht wurden vom Verf. sehr gute Resultate bei der localen Behandlung der beiden Organe beobachtet. Die Details der sehr interessanten Arbeit müssen im Original nachgelesen werden.

A. v. SOKOLOWSKI.

32) **N. Lunin** (Petersburg). **Pathologie und Therapie der Nebenhöhlen-Eiterungen und ihre Beziehung zum Auge.** Vortrag, gehalten im Aerzte-Verein zu St. Petersburg. — *Petersburger med. Wochenschr. 1895. No. 6.*

Bei der anatomischen Einleitung macht Verf. darauf aufmerksam, dass das Auge von 3 Seiten von den Nebenhöhlen umgeben ist. Bei Erkrankungen letzterer können Gesichtsfeldeinschränkungen und asthenopische Beschwerden auftreten. Die Hauptgefahr fürs Auge besteht aber in der Ausbreitung des entzündlichen Processes auf den retrobulbären Raum. Nach Durchbrechung einer der dünnen Knochenlamellen gelangen die Entzündungserreger in das lockere Bindegewebe des retrobulbären Raumes und finden daselbst die günstigsten Bedingungen für ihre Fortentwicklung. Verlust des Auges, mitunter des Lebens ist der Ausgang solcher Entzündungen bei nicht rechtzeitigem Eingreifen des Arztes.

Nach Aufzählung der verschiedenen Symptome der Nebenhöhlen-Eiterungen kommt Vortr. auf die Betheiligung des Auges zu sprechen. Beim Uebergange der Entzündung auf den retrobulbären Raum beobachtet man Schmerzen in demselben, ferner Asthenopie und Exophthalmus. L. war häufig in der Lage, an Pat., die ihm aus dem Augenhospital zur Untersuchung zugeschickt wurden und bei denen die Diagnose zwischen retrobulbärer Phlegmone oder Tumor des retrobulbären Raumes schwankte, den Ausgangspunkt der Erkrankung in einer Nebenhöhlen-Eiterung zu finden.

Auf die Diagnose der Nebenhöhlen-Eiterungen zu sprechen kommend, hält L. für die Kieferhöhle die Punction von der Nase aus als das zuverlässigste diagnostische Mittel. Dieselbe ist leicht auszuführen und hat Vortragenden nur ein Mal im Stiche gelassen. Nach partieller Entfernung der mittleren Muschel und bei sorgfältigem Gebrauch von verschiedenartig gekrümmten Sonden, lässt sich die Diagnose der anderen Nebenhöhlen-Erkrankungen bald mehr, bald weniger leicht stellen.

Therapie der Kieferhöhlen-Eiterung behandelt L. mit Durchspülungen vom Alveolarfortsatz aus. Liegt Caries der Höhlenwand vor, so kommt man am schnellsten durch Anfmeisselung von der Fossa canina aus zum Ziel. (Ein Fall wird angeführt, wo ein Zahn in der Kieferhöhle sich befand.) Bei der Behandlung der anderen Nebenhöhlen bleiben der scharfe Löffel und die Durchspülungen die souveränen Mittel. Auch Einspritzungen von 5proc. Arg. nitr.-Lösung haben L. mitunter gute Dienste geleistet,

Unter den von L. behandelten Fällen konnten folgende Ursachen der Nebenhöhlen-Eiterungen festgestellt werden: 7 mal heftiger Schnupfen, 5 mal Influenza, 3 mal Zahncaries, 1 mal Trauma, 1 mal Scrofulose, 1 mal Fremdkörper, 13 mal

unbekannte Ursache. Im Ganzen wurden 31 Pat. behandelt und zwar mit Erkrankungen nur einer Höhle: 10 mal Empyem der Kieferhöhle (8 geheilt, 1 ungeheilt, 1 in Behandlung), 1 mal Empyem der Stirnhöhle (geheilt), 2 mal Emp. der Keilbeinhöhle (1 geheilt, 1 unvollendete Behandlung), 3 mal Emp. der Siebbeinzellen (1 geheilt, 2 gebessert). Von combinirten Nebenhöhlen-Eiterungen kamen folgende zur Beobachtung: Empyeme der Kieferhöhle und Siebbeinzellen 1 Fall (geheilt), der Kieferhöhle und Keilbeinhöhle 2 Fälle (beide gebessert), der Kiefer-, Stirn- und Keilbeinhöhle 1 Fall (geheilt), der Keilbeinhöhle und Siebbeinzellen 7 Fälle (2 geheilt, 3 gebessert, 2 in Behandlung), der Siebbein-, Stirn- und Keilbeinhöhle 2 Fälle (beide an Meningitis gestorben).

Discussion. Germann (Augenarzt): Bei den Augenärzten herrscht die Ansicht vor, die Orbital-Erkrankung sei das Primäre, und die Nebenhöhlenerkrankung sei das Secundäre. Auf Grundlage eigener klinischer Beobachtungen ist G. zur Ueberzeugung gekommen, dass die Orbitalphlegmone secundär entstehe nach Perforation der Orbitalwandungen in Folge von Nebenhöhlen-Eiterungen. Diese Ueberzeugung ist aber von der grössten Bedeutung für das prophylactische und therapeutische Handeln. Präsentirt sich dem Augenarzt eine Orbitalphlegmone und besteht gleichzeitig übler Geruch aus der Nase, so muss ein Verdacht auf Empyem einer Nebenhöhle sofort wach werden. G. hat im Augenhospital 9 Fälle von Orbitalphlegmone gesehen, und jedes Mal lag eine Nebenhöhlen-Erkrankung vor. Letztere Diagnose wurde von Lunin gestellt. Meist waren mehrere Höhlen erkrankt. Ja nach der Lage der den Augapfel verdrängenden Geschwulst und der Richtung, in welche das Auge verdrängt erscheint, kann auf die Stelle des Durchbruchs der Orbitalwand geschlossen werden. Lässt sich die Fluctuation nicht durchfühlen, so soll der Versuch gemacht werden, dem Eiter von der Nase aus Abfluss zu verschaffen, was in einem Falle Lunin gelungen ist. Droht dem Auge irgend welche Gefahr, so muss sofort eingestochen werden.

Schroeder (Augenarzt) theilt 2 Fälle von retrobulbärer Phlegmone mit, in Folge von Caries und Empyem der Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle. Interesse verdient besonders eine Pat., die schon lange an Polypen der Nase gelitten hatte. Sie trat ins Augenhospital mit der Diagnose „retrobulbärer Tumor“. Die Untersuchung der Nase ergab Caries der Siebbeinzellen und Keilbeinhöhlen-Empyem (Lunin). Eine Incision unter dem oberen Orbitalrande entleerte eine Menge dicken Eiters. Es traten aber bald Gehirnsymptome hinzu, denen die Patientin erlag.

Section: Abscess im rechten Stirnlappen, Meningitis serosa, Empyem der rechten Stirn- und Keilbeinhöhle und Caries der Siebbeinzellen. LUNIN.

33) **J. H. Bryan. Weiterer Beitrag zum Studium der eitrigen Erkrankung der Nasennebenhöhlen; mit Krankengeschichten. (A further contribution to the study of suppurative disease of the accessory sinuses, with report of cases.)** *N. Y. Med. Journal. 12. October 1895.*

Vortrag gehalten auf dem Congress der Americ. Laryngological Association; Referat im Verhandlungsbericht. LEFFERTS.

34) **Buys. Nasennebenhöhlenempyem. (Empyème des sinus.)** *Journal de Méd., de Chir. etc. No. 21. 1895.*

Eingehende Rundschau auf dem Gebiete der Nasennebenhöhleneiterungen mit Besprechung der ätiologischen Momente, der Symptomatik und einzuschlagenden Therapie. BAYER.

35) **Herzfeld. Die Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1895. No. 51. Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 48.*

H. berichtet in der Berl. med. Gesellschaft über seine Erfahrungen; demonstrirt die anatomischen Verhältnisse, sucht die Ursache meist in einer von der Nasenschleimhaut fortgeleiteten Entzündung, bespricht die Diagnose und Therapie.

LANDGRAF.

36) **Nietsch** (Prag). **Hydrops der Stirnhöhle** *Prager medicin. Wochenschrift. 15. April 1895.*

Beschreibung einer hühnereigrossen fluctuirenden Geschwulst an der rechten Nasenwurzel, die aus der Orbita hervordringt und Exophthalmus nach aussen und unten, ohne Beweglichkeitseinschränkung der Bulbus hervorruft. Bei der Incision des Tumors findet sich das Rudiment des rechten Thränenbeins, welches aus der Verbindung mit seiner gleichfalls usurirten Umgebung vollkommen losgelöst ist. Inhalt des Tumors bildet eine etwa 200 g betragende, roth-graue, zähe, dickflüssige Masse, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als mit reichlichen, stark verfetteten Leukocyten durchsetzter Schleim erweist. Die rechte Stirnhöhle überall hin abgeschlossen und das Septum in dem linken Sinus vorgewölbt. Die auskleidende Schleimhaut atrophisch. Heilung. Keine Recidive. Literaturangaben.

CHIARI.

37) **Lagrange. Empyem der Stirnhöhle. (Empyème du sinus frontal.)** *Journal de méd. de Bordeaux. 17. Februar 1895.*

Vorstellung eines Falles in der Medicinischen Gesellschaft von Bordeaux; Discussion; Nichts Besonderes. E. J. MOURE.

38) **Ripault. Drei Fälle von Empyem der Stirnhöhle. (Trois cas d'empyème du sinus frontal.)** *Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. No. 11. November 1895.*

Die Entzündung betraf, wie fast stets [? Red.], die rechte Seite; Eiterausfluss aus der rechten Nasenseite soll stets den Verdacht auf Stirnhöhlenabscess wachrufen. Bemerkenswerthe Symptome waren Schwindel und epileptiforme Anfälle. Bei dem einen Kranken bestand eine orbitale Fistel, im mittleren Nasengang kein Eiter. Es sind unter den Stirnhöhlenempyemen danach orbitale, die sich nur durch Symptome an der Augenhöhle geltend machen, und nasale, bei denen nur nasale Eiterung besteht, zu unterscheiden. — Am Schluss giebt Verf. Rathschläge betreffs der chirurgischen Behandlung. E. J. MOURE.

39) **Richter. Eitrige Entzündungen der Stirnhöhle.** Inaug.-Dissertat. Leipzig. 1895.

Ref. nicht zugänglich. A. ROSENBERG.

40) **Salvador Ortega. Das Empyem der Stirnhöhle. (De l'empyème des sinus frontaux.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Eine Studie über die Stirnhöhlenentzündung, nach den auf Luc's Klinik gesammelten Erfahrungen. Verf. unterscheidet 2 Formen: eine acute charakterisirt durch Schwellung der orbitalen Wand der Höhle, foetide Secretion, Abscess am Augenwinkel etc.; dann die chronische, latente Form, charakterisirt ausschliesslich durch den Eiterfluss der Nase, der einseitig und mit mehr oder weniger intermittirenden Kopfschmerzen verbunden ist. Verf. bespricht ausführlich die einzelnen Symptome, die Complicationen und zuletzt die operative Eröffnung der Frontalwand der Höhle und die fronto-nasale Drainage.

A. CARTAZ.

41) **Schech. Zur Diagnose und Therapie der chronischen Stirnhöhleneiterung.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. III. Heft 1 u. 2. 1895.*

Verf. bespricht einige Punkte aus der Symptomatologie des chronischen latenten Stirnhöhlenempyems. Von wesentlicher diagnostischer Bedeutung ist der Kopfschmerz, wenn die vordere und untere Wand der Stirnhöhle auf Druck oder Beklopfen mit dem Finger empfindlich und schmerzhaft ist; auch lassen sich oft bei der Palpation Veränderungen an den Knochen und den denselben überziehenden Weichtheilen nachweisen. Bezüglich der Therapie hält Sch. die Behandlung von der Nase aus für nahezu aussichtslos. Die Methode der gewaltsamen Erweiterung der natürlichen Stirnhöhlenmündung verwirft er als gefährlich und in Bezug auf den Erfolg sehr zweifelhaft. Als einzige sicher zum Ziele führende Therapie der chronischen Stirnhöhleneiterungen empfiehlt Ver. die Eröffnung der Stirnhöhle von aussen mit Exstirpation der ganzen Sinusmembran; er beschreibt die Methodik dieser Operation.

F. KLEMPERER.

42) **Coppez** fils. (Brüssel). **Elfenbeinernes Osteom des Sinus frontalis. (Ostéome éburné du sinus frontal.)** *La Clinique. No. 6. 1895.*

Unter dem rechten oberen Augenlid entwickelte sich bei einem 20jährigen Mädchen ohne Schmerzen und ohne die Symptome einer Sinusitis ein runder, harter Tumor, welcher operirt wurde: Incision der Haut längs der Augenbrauen, mit vertikalem Schnitt der Nasenwurzel entlang; beim Rückschlagen des Augenlids stösst man auf eine knöcherne Masse, welches sich als ein mobiles Osteom herausstellt, umschlossen von einer feinen beinahe papierdicken Knochenkapsel, und leicht mit der Zange entfernt werden kann. Es bietet sich nun dem Auge das Innere des Sin. front. mit gesunder Schleimhaut dar. Der Tumor, ein elfenbeinernes Osteom mit glatter Oberfläche, überzogen von einer weiss-gelblichen Periostschleimhautschichte wiegt 13 g und hat eine grösste Circumferenz von 11 cm und einen grössten Durchmesser von 2 cm.

BAYER.

43) **Coppez** fils. **Sechs Fälle von Osteomen des Sinus frontalis. (Six cas d'ostéomes du sinus frontal.)** *La Clinique. No. 22 u. 23. 1895.*

Ueber einen der Fälle wurde hier schon berichtet. Die übrigen 5 Fälle liefern statistisches Material.

BAYER.

44) **F. H. Bosworth. Ein Fall von eitriger Erkrankung des Siebbeins mit Invasion der Keilbeinhöhle, Hirnabscess. Tod. (A case of suppurative ethmoid disease followed by invasion of the sphenoidal sinus, abscess of the brain and death.)** *N. Y. Med. Journal. 12. October 1895.*

45) **F. H. Bosworth. Ein Fall von Melancholie abhängig von Erkrankung des Siebbeins, geheilt durch intranasale Operation. (A case of melancholia dependent upon ethmoid disease and cured by intranasal operation.)** *N. Y. Med. Journal. 12. October 1895.*

Abdruck zweier auf dem 17. Congress der American Laryngological Association gehaltenen Vortäge; Referat folgt im Verhandlungsberichte.

LEFFERTS.

46) **Wagnier. Knochenblase der Siebbeinmuschel complicirt mit myxomatöser Degeneration des Tumors und mit nervösen Folgeerscheinungen. (Bulle osseuse ethmoidale compliquée de dégénérescence myxomateuse de la tumeur avec phénomènes nerveux consécutifs.)** *Revue de laryngologie. No. 22. 15. November 1895.*

Die nervösen Zufälle traten erst gelegentlich einer acuten Coryza bei Influenza auf; sie bestanden in Schwindel, Stirnkopfschmerz über den Augen, Frieren der unteren Extremitäten u. s. w. Nach Abtragung der Bulla ethmoidalis verschwanden diese Erscheinungen.

E. J. MOURE.

47) **Ludwig Hellmann** (Würzburg). **Caries syphilitica (?) ossis ethmoidei. Auskratzung. Hirntod ohne Zusammenhang mit der Operation.** *Arch. f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. III. H. 1 u. 2. 1895.*

Der Tod war durch capilläre Apoplexien im Gehirn bedingt; Sinusthrombose bestand nicht, ebensowenig Erkrankung der Hirnhäute oder Verletzung der Lamina cribrosa. Da die Hirnerscheinungen wenige Tage nach der Operation eintraten, wäre ohne den Sectionsbefund der operative Eingriff fraglos in Zusammenhang mit der Gehirnaffection gebracht worden.

F. KLEMPERER.

48) **Th. Germann** (Petersburg). **Ein Fall von chron. Neuralgie im Gebiete des I. Astes Nervi trigemini, veranlasst und unterhalten durch ein Empyem der Oberkieferhöhle. Der Fall täuschte Glaukom vor.** *Petersburger med. Wochenschrift. 1895. No. 8.*

Pat., dem das linke Auge wegen Glaucoma simpl. iridectomirt worden war, litt an heftigen Neuralgien. Da er von seinem Leiden in Petersburg nicht befreit werden konnte, wandte er sich nach Wien, wo ihm auch das rechte Auge iridectomirt wurde, weil wegen Gesichtsfeldeinschränkungen Verdacht auf Glaucom vorlag. Die Operation hatte nichts geholfen, die Schmerzen bestanden fort und Pat. war arbeitsunfähig. Als er sich G. vorstellte, konnten keine Anzeichen eines Glaucoms gefunden werden; doch fiel G. der üble Geruch aus der Nase des Pat. auf. Pat. wurde an Referenten gewiesen, es wurde Kieferhöhlenempyem gefunden und nach der erster Durchspülung waren alle Beschwerden geschwunden.

LUNIN.

49) **J. Salva. Die entzündlichen Complicationen der Orbita bei den Kieferhöhlenentzündungen. (Des complications inflammatoires de l'orbite dans les sinusites maxillaires.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Die geringe Dicke der Knochenwand, welche die Orbita von den Nebenhöhlen der Nase trennt, ermöglicht den eitrigen Entzündungen des Sinus, zur Augenhöhle vorzudringen. Man beobachtet daher als Complication eitriger Sinusentzündungen sowohl acute, wie chronische Osteo-Periostitis der Orbita; ferner Orbitalphlegmone, die durch Fortschreiten der Entzündung und durch Druck oft Neuritis und Atrophie des Sehnerven herbeiführt; schliesslich als seltenere Complication Phlebitis der Venae ophthalmicae. A. CARTAZ.

50) **Guinard. Extraction eines umfangreichen Sequesters aus der Nase; Rouge-sche Operation. (Extraction d'un volumineux sequestre des fosses nasales; opération de Rouge.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 9. September 1895.*

Verf. rühmt die Rouge'sche Operationsmethode. Sein Fall betrifft einen Syphilitiker, der stinkenden Ausfluss aus der Nase und heftige Schmerzen an der Nasenwurzel bekam. G. erkannte das Vorhandensein eines grossen Sequesters und schlug die Rouge'sche Operation vor, der sich Pat. auch unterwarf. Ohne Mühe wurde der Sequester entfernt und die mit zersetzten käsigen Massen erfüllte rechte Kieferhöhle curettirt. Die Heilung erfolgte ohne Narbe.

E. J. MOURE.

51) **W. Scheppegrell. Beunruhigende Blutung nach Eröffnung der Highmorshöhle vom Alveolarfortsatz aus. (Alarming haemorrhage following the opening of the antrum of Highmore through the alveolar process.)** *Journal of Laryngology. September 1895.*

Mit einem Trepan wurde die Höhle geöffnet. Die Blutung hielt 3 Wochen an und konnte nur durch die Tamponade gestillt werden.

ADOLPH BRONNER.

52) **G. Pinder. Empyem der Highmorshöhle seit sieben Jahren. (Case of empyema of the antrum of highmore of seven years' duration.)** *Lancet. 15. Oct. 1895.*

Zwei cariöse Zähne wurden entfernt und die Höhle ausgekratzt und drainirt.

ADOLPH BRONNER.

53) **Rudaux. Empyem der Kieferhöhle bei einem Kinde von 3 Wochen. (Empyème du sinus maxillaire chez un enfant de trois semaines.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 9. September 1895.*

Da nach den geltenden Theorien die Kieferhöhlen erst zur Zeit der 2. Dentition sich entwickeln sollen, hält es Verf. mit Recht für interessant einen Fall von Kieferhöhlenempyem bei einem 3 Wochen alten Kinde zu publiciren. Die Affection war verursacht durch einen in den Sinus implantirten Zahn; Heilung war erst durch eine vollständige Curettirung der Höhle zu erzielen. E. J. MOURE.

54) **Wm Carr. Empyem der Kieferhöhle. (Empyema of the antrum.)** *N. Y. Med. Record. 26. October 1895.*

Verf. sieht die Ursache der Highmorshöhlenentzündung in Erkrankung des Zahnes oder der Alveole in etwa 80 pCt. der Fälle. Er zieht die Eröffnung des Antrum von der Alveole aus vor, wenn möglich von der des zweiten Molarzahns. Er empfiehlt genaue Sondirung der Höhle auf Fremdkörper und Septa. Die Oeffnung wird besser durch einen eingelegten Gazestreifen als durch eine Silbercanüle offen erhalten.

LEFFERTS.

55) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Ein Fall von Empyem der Kieferhöhle. (A case of empyema of the antrum of Highmore.)** *Austral. Med. Gazette. 20. December 1895.*

Es wurde die Spicer'sche Operation ausgeführt. Das Antrum war durch eine verticale Scheidewand in zwei von einander getrennte Höhlen getheilt. Der Eiter war in der äusseren Höhle abgeschlossen und wurde durch die Zwischenwand von der Nase abgehalten. Die Erweichung und Ausdehnung der Aussenwand war bereits weit vorgeschritten. Nasaler Ausfluss fehlte; die Durchleuchtung ergab ein positives Resultat.

A. J. BRADY.

56) **Brandt. Empyeme bezw. Cysten des Oberkiefers.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1895. No. 49.*

Br. hatte nur Fälle dentalen Ursprungs zu behandeln. Er zeigt Apparate zur dauernden Drainage der Kieferhöhle.

LANDGRAF.

57) **J. Kekwick. Highmorshöhlenempyem tuberculösen Ursprungs. (Antral empyema of tuberculous origin.)** *N. Y. Med. Record. 26. October 1895.*

Der Fall betrifft eine Frau von 30 Jahren, bei der die empyematöse Highmorshöhle vom Zahn aus angebohrt und 12 Monate lang in der gewöhnlichen Weise behandelt wurde, ohne Erfolg. Es wurden dann Tuberkelbacillen im Eiter nachgewiesen und eine zweckmässige Allgemeinbehandlung im Verein mit täglichen Jodoformeinblasungen in die Höhle führte zu schneller Besserung. Zur Stütze der Diagnose hebt Verf. folgende Punkte hervor. 1. Der chronische Verlauf des Falles, ohne dass lokale Ursachen, etwa ein Sequester, vorhanden waren; 2. die tuberculöse Beschaffenheit des Eiters; 3. der günstige Effect des Jodoforms; 3. die hereditäre Belastung des Patienten und 5. der Nachweis von Tuberkelbacillen in dem Eiter, der direct aus der Höhle durch die Nase ausgespült wurde.

LEFFERTS.

58) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Ein Fall von Carcinom der Highmorshöhle. (A case of carcinoma of the antrum.)** *Australian Med. Gazette. 20. December 1895.*

Die Durchleuchtung war für die Diagnose sehr werthvoll; Ausfluss aus der Nase bestand nicht; die betreffende Gesichtsseite war geschwollen.

A. J. BRADY.

59) **Ziem. Notiz über die Operationen der Eiterungen der Kieferhöhle.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 45.*

Z. wendet sich gegen eine Bemerkung Störk's in Nothnagel's spec. Path. und Ther. XIII. 1., welche nach verschiedenen Richtungen hin nicht zutreffe.

LANDGRAF.

60) **De Marion. Die Prothese bei der Behandlung chirurgischer Fisteln der Kieferhöhle. (De la prothèse dans le traitement des fistules chirurgicales du sinus maxillaire.)** *Arch. internat. de laryngol., rhinol. et otolog. No. 1. 1895.*

Die Prothese wird aus Hartgummi, Gold oder Platin gefertigt; dem Zahnstück wird eine silberne Sonde beigefügt, die in die Kieferhöhle eingeführt wird und, solange dies nöthig, den Schluss derselben verhindert. E. J. MOURE.

c. Mundrachenhöhle.

61) **Piéchaud** (Bordeaux). **Complicirte Hasenscharte; subperiostale Resection des Lobus incisivus. (Bec de lièvre complexe; resection sous-periostée du lobe incisif.)**

Verf. entfernt das Os incisivum, lässt aber seine Periostdecke zurück; er glaubt dadurch der schliesslichen Annäherung beider Oberkiefer und dem daraus folgenden Vorspringen des Kinnes vorzubeugen. LUC.

62) **Denis** (Lyon). **Horn der Unterlippe. (Corne de la lèvre inférieure.)** *Lyon médical. 25. August 1895.*

Die 4—5 cm lange Hornbildung sass am Uebergang von Haut in Schleimhaut; ein zweites ähnliches Gebilde entwickelte sich auf dem Rücken der rechten Hand. LUC.

63) **Spillmann** u. **Etienne. Gangrän der Lippen. (Gangrène des lèvres.)** *Mercredi méd. 27. Mai 1895.*

Ohne Interesse für unsere Leser. LUC.

64) **Hallopeau** (Paris). **Syphilom der Lippe. (Syphilome de la lèvre.)** *Semaine méd. 15. Februar 1895.*

Ohne besonderes Interesse. LUC.

65) **Du Castel** (Paris). **Buccale Lymphangitis. (Lymphangite buccale.)** *Soc. de dermatologie. 11. Juli 1895.*

Der von Verf. vorgestellte Kranke hatte eine Schleimhauterosion an der Unterlippe und der Backe mit Lymphangitis des Gesichts und Schwellung der Unterkieferdrüsen. LUC.

66) **Du Castel** (Paris). **Ein Fall von Nekrose des Kiefers im präatactischen Stadium der Tabes. (Sur un cas de nécrose du maxillaire à la période préataxique du tabes.)** *Soc. de dermatologie. 9. Mai 1895.*

Der 35jährige, nicht syphilitische Patient litt seit 15 Jahren an lancinirenden

den Schmerzen und anderen Initialerscheinungen der Tabes. Es fingen zuerst die oberen Zähne an auszufallen, dann stiessen sich Theile vom Kiefer selbst ab; der eine Sequester stellte ein Stück vom Boden der Kieferhöhle dar. LUC.

67) **A. Kudrjaschew** (Petersburg). **Uniloculare Cyste des Unterkiefers vom Zahn ausgegangen. (Odnopolostnaja kista nischnei tscheljusti subnowa prois hoschdenia.)** *Chirurg. West. 1894.*

Nach einer Zahnextraction hatte sich bei einer 32jährigen Frau am rechten Unterkieferwinkel eine Geschwulst ausgebildet, die sich auf den horizontalen und aufsteigenden Theil ausbreitete. Der Tumor ist hart, eben und mit der Haut nicht verbacken.

Diagnose: Sarcom des Unterkiefers.

Operation: Resection des betreffenden Theiles des Unterkiefers. Die Untersuchung des Präparats ergiebt eine uniloculäre Zahncyste, die den letzten Backenzahn enthält.

Hinsichtlich der Entstehung der Zahncysten acceptirt Verf. die Theorie von Malassez. LUNIN.

68) **Montaz** (Grenoble). **Geschwulst des Unterkiefers. (Tumeur du maxillaire inférieur.)** *Dauphiné méd. April 1895.*

Ohne besonderes Interesse für unsere Specialität. LUC.

69) **Jaboulay** (Lyon). **Der Effect der Resection der Condylen des Unterkiefers auf die Stellung der Zahnreihe und die Form des Kinns. (Les effets de la resection des condyles du maxillaire inferieur sur la situation de sa rangée dentaire et la forme du menton.)** *Lyon méd. 11. August 1895.*

Von mehr chirurgischem Interesse. LUC.

70) **Le Dentu** (Paris). **Osteotomie des Oberkiefers combinirt mit Durchschneidung der Nasenscheidewand als vorbereitende Operation bei gewissen Uranostaphylorrhaphien. (Ostéotomie du maxillaire supérieur combinée avec la section de la cloison nasale comme temps préliminaire de certaines uranostaphylorraphies.)** *Bulletin méd. 3. April 1895.*

Das Verfahren ist für die Fälle von einseitiger Spaltung des Gaumendachs geeignet; es soll den Zwischenkieferknochen freimachen durch einen ersten Schnitt an der Vereinigungsstelle vom 2. Schneidezahn und Eckzahn der gesunden Seite und einem anderen an der Vereinigung der Nasenscheidewand mit dem Gaumendach. LUC.

71) **Daulos** (Paris). **Schanker des Zahnfleisches. (Chancre gingival.)** *Soc. de dermatologie. 13. Juni 1895.*

Der Schanker, der am oberen Zahnfleisch sass, hatte die Form eines nach oben offenen Halbmonds; die Unterkieferdrüsen bildeten beiderseits indolente Geschwülste. LUC.

72) **Grembert** u. **Choquet. Das Bacterium coli im Munde. (Le coli bacille dans la bouche.)** *Soc. de biologie. 27. October 1895*

Die Verf. fanden das Bakterium coli 27 mal im Munde von 60 untersuchten Personen.

LUC.

73) **Winternitz** (Wien). **Behandlung der Krankheiten der Mundhöhle.** *Wiener klin. Rundschau. No. 12. 1895.*

Mittheilung über die günstige Wirkung eines Decoctes von Heidelbeeren auf Erkrankungen der Schleimhaut der Mundhöhle, schmerzhafte Rhagaden der Zunge und Leukoplakia oris. Um das Präparat haltbar zu machen, dampft man ein concentrirtes Decoct zur Syrupconsistenz ein. Als Zusatz kann Tinctura Myrrhae oder Salicylsäure verwendet werden. Besonders wirksam soll das Präparat auch bei veralteten und recidivirenden Ekzemen sein.

CHIARI.

74) **J. Carp** (Bukarest). **Purpura haemorrhagica malarischer Natur mit Munderscheinungen. (Purpura emoragica de natura palustra en manifestari bucale.)** *Spitalul. 1895. No. 6.*

Ein 18jähriger Soldat, der Pocken und mehrmals Wechselfieber gehabt hat, fühlt eines Abends im Mund eine maiskorngrosse Blase, die am folgenden Tage aufbricht und schwarzes Blut ergiesst; mit dem Spiegel entdeckt er dann eine zweite noch grössere Blase, die am nächsten Morgen ebenfalls platzt. Zugleich zeigen sich leichte Fiebersymptome. Ohne der Sache Wichtigkeit beizulegen stellt sich der Soldat zur Untersuchung und wird ins Hauptlazareth gebracht, wo noch mehrere Bläschen in der Mundhöhle und auf der Zunge, sowie eine Menge rothblauer Flecken auf den unteren Gliedmaassen entdeckt werden. Mundausspülungen mit Kaliumchlorat und innerlich Ergotin und Eisen bringen in 8 Tagen Heilung.

SENTIÑON.

75) **Du Castel** (Paris). **Chronische Glossitis. (Glossite chronique.)** *Soc. de dermatologie. 13. Juni 1895.*

Hypertrophie der Zunge bei einem Raucher; die Diagnose schwankt zwischen chronischer Glossitis und Epitheliom.

LUC.

76) **Villar. Schwarze Zunge. (Langue noire.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. 11. April 1895.*

Krankengeschichte eines Falles.

E. J. MOURE.

77) **A. Wedenski. Tuberculose der Zunge. (O bugortschatke jasika.)** *Med. obosr. 1895. No. 3.*

2 Fälle von Zungentuberkulose, die beide mit Erfolg operativ behandelt wurden. Anschliessend an diese beiden hat Verf. im Ganzen 110 Fälle aus der Literatur zusammengestellt und giebt eine genaue Symptomatologie der Zungentuberkulose.

LUNIN.

78) **Du Castel** (Paris). **Leucoplasie oder Epitheliom der Zunge. (Leucoplasie ou epithélioma lingual.)** *Soc. de dermatol. 13. Juni 1895.*

Es handelte sich um einen leucoplasieartigen Fleck auf der Zunge, der wegen kleiner Vegetationen an seiner Oberfläche Verdacht auf Epitheliom erweckte. Die mikroskopische Untersuchung wurde nicht vorgenommen. LUC.

79) **Obersteiner** (Wien). **Hemiatrophie der Zunge bei Tabes.** *Wiener medicin. Wochenschr. 10. 1895.*

O. demonstrirt Präparate von der hemiatrophischen Zunge einer 40jährigen Tabeskranken. Muskelatrophien finden sich nicht selten bei Tabes und sind wohl fast immer neuritischen Ursprungs. Auch im demonstrirten Fall erwies sich der Hypoglossuskern intakt. CHIARI.

80) **Sternfeld. Hyperplasie der Zungentonsille.** *Aerztliche Rundschau. 1895. No. 5.*

Ref. nicht zugänglich. A. ROSENBERG.

81) **W. Walkow** (Odessa). **Zur Pathologie der IV. Mandel in Beziehung zur bretthartea Infiltration des Halses. (K pathologiu IV mindalini w swjasi s derewjanisti mi opuholjami sclei.)** *Med. obosr. 1895. No. 13.*

3 Fälle von phlegmonöser Entzündung der IV. Mandel. 2mal kam es schnell zur Heilung, nach Durchbruch der eitrigen Massen. Beim 3. Pat. zog sich die Krankheit durch mehrere Monate, wobei, infolge von brettharter Infiltration des Bodens der Mundhöhle und des Zellgewebes des Halses, Pat. 9mal operirt werden musste. Heilung.

W. meint, die brettharte Infiltration des Zellgewebes des Halses und des Bodens der Mundhöhle nehme meist ihren Anfang von einer phlegmonösen Entzündung der IV. Mandel. LUNIN.

82) **Terrade. Acute lacunäre ulceröse Mandelentzündung. (Amygdalite lacunaire ulcereuse aigue.)** *Thèse de Bordeaux. 1895.*

Verf. nimmt die Moure'sche Arbeit über dieses Leiden wieder auf und fügt einige neue Krankenbeobachtungen hinzu. E. J. MOURE.

83) **Stuart Tidey. Septische Mandelentzündung als acute specifische Erkrankung. (Septic tonsillitis an acute specific disease.)** *Lancet. 14. December 1895.*

Erreger der Erkrankung sind Staphylokokken und Streptokokken. Als ursächliches Moment nimmt Verf. die Zustände der Canalisation an. Die Krankheit ist übertragbar; in Hotels tritt sie sehr häufig auf. ADOLPH BRONNER.

84) **Koehler. Beitrag zur Aetiologie der peritonsillären Abscesse. (Do etyologii ropni w migdatkach podniebiennych i w otaczajacej je tkance tacznej.)** *Nowiny lekarskie. No. 12. 1895.*

Verf. behauptet, dass die Otitis media suppurativa in einigen Fällen Anlass

zu peritonsillären Abscessen geben kann; er berichtet über einen entsprechenden Fall, in welchem recidivirende peritonsilläre Abscesse erst nach Beseitigung der Otorrhoe aufhörten. A. v. SOKOLOWSKI.

85) **Panas** (Paris). **Doppelseitige Thränendrüsenentzündung tonsillären Ursprungs. (Dacryoadénite double d'origine amygdalienne.)** *Semaine méd. 23. Januar 1895.*

Die Schwellung beider Thränendrüsen trat 25 Tage nach einer acuten Mandelentzündung ein. Die Untersuchung der Secrete von Hals und Nase ergab hochvirulente Streptokokken in grosser Menge neben einigen Staphylokokken. LUC.

86) **J. North. Vergrösserte Tonsillen und ihre Behandlung. (Enlarged tonsils and their treatment.)** *Toledo Med. and Surg. Reporter. Juli 1895.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

87) **C. M. Fenn. Verlängerte Tonsillen, Halsbräune und Hysterie vortäuschend. (Elongated tonsils simulating quinsy and hysteria)** *Pacific Medical Journal. Juni 1895.*

Die Patientin hatte wiederholt Anfälle von Globus hystericus, Pseudo-Tonsillitis und Erstickungszustände gehabt. Im Pharynx liess sich lange nichts als Ursache dieser Attaken nachweisen, bis bei einer Untersuchung durch forcirtes Herabdrücken des Zungengrundes erkannt wurde, dass die Tonsillen verlängert waren und beiderseits bis zur Epiglottis, die sie berührten, herabreichten. Es wurde ein Theil von jeder Tonsille abgetragen und die Anfälle blieben weg.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

88) **Dieulafoye** (Paris). **Der Schanker der Mandel. (Le chancre de l'amygdale.)** *Semaine méd. 1895. No. 17.*

Nichts Neues. LUC.

89) **Royet** (Lyon). **Epitheliom der Mandel bei einem Syphilitiker. (Epithelioma de l'amygdale chez un syphilitique.)** *Lyon méd. 29. September 1895.*

Die Beobachtung ist ohne Werth, da das suspecte Gewebe histologisch nicht untersucht ist. Die Läsion sah aus wie ein ulcerirtes Epitheliom, auch bestand Schwellung der Lymphdrüsen, aber der Kranke hatte Syphilis gehabt und die Jodbehandlung, die 8 Tage vor der Vorstellung des Patienten begonnen war, hatte bereits eine merkliche Besserung herbeigeführt. LUC.

90) **Beausoleil. Mandelstein. (Calcul de l'amygdale.)** *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux. 17. Februar 1895.*

Krankengeschichte eines Falles von Mandelstein bei einem Manne, der auf der Universitätsklinik zur Beobachtung kam. E. J. MOURE.

91) **A. T. Veeder. Eine modificirte kalte Schlinge für Tonsillotomie. (A modified cold-snare amygdalotome.)** *N. Y. Med. Journal. 21. December 1895.*

Der beigegebene Holzschnitt giebt ein Bild von dem Instrumente, das übrigens ein neues Princip in seiner Construction nicht aufweist. LEFFERTS.

92) **Heller** (Wien). **Ein Fall von Herpes pharyngis.** Aus Schrötter's Klinik. — *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 30.*

Der Herpes betraf den harten und weichen Gaumen, den Rachen und die Epiglottis auf beiden Seiten und war von starker Schwellung und Röthung der Umgebung begleitet; starkes Fieber durch 10 Tage mit initialem Froste und Oedem der Augenlider. Heilung nach 16 Tagen. Haut und Lippen blieben frei, ebenso die Nasenschleimhaut. Das Velum blieb noch eine Zeit lang paretisch. Heller meint, dass die Eruption dem Verlaufe des sympathischen Geflechtes folgte. Ein grösserer gelblicher Belag auf dem r. Arcus palatoglossus hätte zur Verwechslung mit Diphtherie führen können. Einzelne Literaturangaben bilden den Schluss.

CHIARI.

93) **E. Fink** (Hamburg). **Der chronische Rachencatarrh, seine Ursachen und seine Behandlung.** *Klin. Vortr. aus dem Gebiete d. Otol. u. Pharyngo-Rhinol. Haug. I. Heft 5. 1895.*

Nach einer historischen Einleitung bespricht F. in erschöpfender Weise die Aetiologie und behandelt dann die pathologisch-anatomischen Veränderungen. Er theilt sämmtliche Formen des Rachenkatarrhs ein in eine hyperplastische Gruppe — mit den Unterabtheilungen einer allgemeinen Hyperplasie, hyperplastischen Veränderungen am Rachendach, der Hinterwand und schliesslich der Seitenwände — und eine atrophische.

Der pathologisch-anatomischen Veränderung besonders bei der Atrophie hätte ich eine eingehendere Besprechung gewünscht. F. scheint mir zu weit zu gehen, wenn er bezüglich der Aetiologie der atrophischen Form des Rachenkatarrhs behauptet, dass „sie nur bei schwächenden und nahezu zum Marasmus neigenden Krankheiten vorkommt". Bezüglich der Symptome, Diagnose und Prognose habe ich keine Ausstellungen zu machen; was die Behandlung betrifft, so hätte Verf. davor warnen sollen, in allen Fällen von Pharyngitis granulosa eine Aetzung der Granula vorzunehmen, da ihre Existenz sicher recht oft eine harmlose ist.

Zum Schluss giebt F. eine recht ausführliche Literaturübersicht.

A. ROSENBERG.

94) **Pussacq. Benigne Geschwülste des Rachens. (Tumeurs benignes du pharynx.)** *Thèse de Bordeaux. 1895.*

In einer interessanten Zusammenfassung sammelt P. die in der Literatur zerstreuten Fälle von gutartigen Rachengeschwülsten, fügt einige neue Beobachtungen hinzu und resumirt schliesslich die Symptomatologie und Therapie dieser Affection.

E. J. MOURE.

95) **Braem. Beitrag zur Resection des Pharynx.** Aus der kgl. chirurg. Klinik zu Breslau. — *Arch. f. klin. Chirurg. XLIX. 4. 1895.*

Operation zweier Fälle von malignem Tumor des Rachens nach eigener Methode.

A. ROSENBERG.

d. Diphtheritis und Croup.

96) **E. R. Peters** (London). **Die Varietäten der Diphtheriebacillen. (Varieties of diphtheria bacilli.)** *British Medical Journal. 21. December 1895.*

In diesem am 17. December 1895 vor der Pathological Society of London gehaltenen Vortrage beschrieb Peters vier Species von Bacillen, über welche er seit mehr als einem Jahre gearbeitet hatte. Die pathologischen Unterschiede zwischen diesen Bacillen, deren mikroskopisch äusserst minutiöse Differenzen im Original studirt werden müssen, sind folgende:

1. Der lange Klebs-Löffler'sche Bacillus wird in Fällen schwerer Diphtheritis gefunden.

2. Der kurze Diphtheriebacillus, welcher seltener ist als die unter 1. und 3. beschriebenen, wird in einigen milden Fällen von Diphtherie angetroffen.

3. Der kurze Pseudo-Diphtheriebacillus ist weit verbreitet und findet sich in vielen Fällen folliculärer Tonsillitis, im Scharlachfieber, bei einfacher Laryngitis und anderen katarrhalischen Zuständen. Dieser Bacillus producirt nicht, wie der lange Klebs-Löffler'sche, eine per se tödtliche Affektion. Der Verfasser legt grossen Nachdruck auf die Wichtigkeit der Unterscheidung zwischen den drei genannten Varietäten, welche durch mikroskopische Untersuchung nach 24 stündigem Wachsthum in Blutserum möglich sei.

4. Die letzte Bacillenvarietät verursacht bei der Person, in deren Halsorgan sie gefunden wird, keine Krankheit, und ist vielleicht eine nicht pathogene Form der langen Klebs-Löffler'schen Bacillen.

Ein Uebergehen dieser vier Varietäten von einer Form in die andere war von dem Beobachter bei seinen lange fortgesetzten Studien nicht gefunden worden. Der kurze Bacillus aber hatte schnell seine pathogenen Eigenschaften verloren. Peters hielt es für wahrscheinlich, dass diese Bacillen verwandte Species seien, meinte aber, dass die morphologischen Charaktere und die klinische Bedeutung eine Trennung der Varietäten, wenigstens der erst beschriebenen drei Formen, rechtfertige.

Der Verlesung dieses Vortrags folgte zunächst ein Vortrag von Mr. J. Eyre über Neisser's Xerosis-Bacillus und dessen grosse Aehnlichkeit mit dem Diphtheriebacillus; sodann schloss sich eine Discussion über beide Vorträge an, an welcher Mr. Lennox Browne, Dr. Washburn, Dr. A. A. Kanthack, Dr. Durham und Dr. Goodall theilnahmen, und in welcher die Ansichten über die Räthlichkeit der von Mr. Peters vorgeschlagenen Trennung weit auseinander gingen. Es ist nicht möglich, im begrenzten Rahmen eines Referats die widersprechenden Ansichten der einzelnen Redner wiederzugeben, und Interessenten müssen auf das Original verwiesen werden. SEMON.

97) **H. C. Crouch. Der Nachweis des Diphtheriebacillus durch sein eigenthümliches Verhalten gegen gewisse Farben. (The detection of the diphtheria ba**

cillus by its peculiar reaction toward certain stains.) *N. Y. Med. Journal. 5. October 1895.*

Rein technische Mittheilungen über die besonderen Farbreactionen des Diphtheriebacillus, die im Referat nicht wiedergegeben werden können; Interessenten werden die Arbeit selbst einsehen müssen. LEFFERTS.

98) **Tochtermann. Ein Nährboden für Diphtheriebacillen. (A culture medium for diphtheria bacilli.)** *Philad. Med. News. 2. November 1895.*

Der Nährboden, der manche Vortheile vor anderen Medien bieten soll, setzt sich folgendermaassen zusammen. Zu einer 2proc. wässerigen Agar-Agarlösung werden 1 pCt. Pepton, $^1/_2$ pCt. Natriumchlorid und 0,3—0,5 pCt. Glucose zugesetzt, das Ganze filtrirt, dann $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde mit Kalbsblutserum zu gleichen Theilen oder 3 Serum zu 2 Theilen Agarlösung gekocht. Das Filtrat wird in Kölbchen vertheilt und 3 Tage hintereinander 1—1$^1/_2$ Stunde in strömendem Dampfe filtrirt. Die Aussaat geschieht auf die Oberfläche des erstarrten Nährbodens.

LEFFERTS.

99) **Herbert Peck. Die Uebertragung von Diphtherie durch Gesunde. (The transmission of diphtheria by non-sufferers.)** *Lancet. 14. December 1895.*

Zwei Fälle, in denen die Krankheit durch Personen übermittelt wurde, welche in inficirten Häusern lebten, ohne aber selbst irgend welche Zeichen von Diphtherie darzubieten. ADOLPH BRONNER.

100) **Clarence O. Arey. Versuche über die giftige Beschaffenheit des Urins bei diphtheritischen Patienten. (Some experiments relating to the toxic nature of the urine of diphtheric patients.)**

Durch Injektion des Urins Diphtheriekranker bei Thieren sucht Verf. die giftige Beschaffenheit desselben zu erhärten und der Frage nach der Natur dieser toxischen Produkte näherzukommen. Die Versuche sind in keiner Weise abgeschlossen. Hintergrund derselben bildet der Gedanke, dass durch Uebertragung dieser milderen Toxine vielleicht Immunität gegen die stärkeren Gifte der Krankheit selbst erzeugt werden und dass eine derartige Methode eventuell auch für Krankheiten mit unbekanntem Erreger, wie Keuchhusten, Anwendung finden könnte. LEFFERTS.

101) **Redact. Notiz. Die Culturprobe bei der Diphtherie und die Frage der Quarantäne. (The culture test in diphtheria and the question of quarantaine.)** *Philad. Med. News. 28. September 1895.*

Die Isolirung der Kranken etc. muss in jedem Falle aufrecht erhalten werden, nicht wie früher bis wenige Tage nach dem Verschwinden der Membran, sondern bis der Culturversuch das Verschwinden der Bacillen erweist. LEFFERTS.

102) **J. Fibiger** (Kopenhagen). **Ueber fehlerhafte Schlüsse bei der bakteriologischen Diphtheriediagnostik. (Om Feilslutninger ved bakteriologisk Difteridiagnostik.)** *Hospitals-Tidende. 27. November 1895.*

Verf. zeigt, dass die Diagnose Diphtheritis sicher ist, wenn man in den

Culturen von einem Patienten typische D.-Bacillen findet; werden aber die D.-Bacillen nicht gefunden, so kann diese Diagnose nicht immer ausgeschlossen werden. Dass die D.-Bacillen, trotzdem sie vorhanden sind, nicht nachgewiesen werden, kann von folgenden Umständen bedingt sein: 1. Fehlende Uebung bei demjenigen, der die Culturen macht; 2. Unzweckmässiges Impfinstrument; 3. Schlechtes Substrat (inficirtes Serum); 4. Antiseptica, die in dem Schlunde des Patienten vorhanden sind, wenn die Aussaat genommen wird und schliesslich 5. das frühzeitige Verschwinden der D.-Bacillen aus den Belägen.

SCHMIEGELOW.

103) **W. Moltschanow. Einige Bemerkungen in Anlass der Diphtherieepidemie in Schlüsselburg. (Nekotorija sametschanija po powodu epidemii diphtherite w Schlüsselburge.)** *Wratsch. 1895. No. 1.*

M. beobachtete im Herbst 1894 in Schlüsselburg (bei Petersburg) 39 Diphtheriefälle, von denen 8 starben. Alle wurden nur local behandelt; das Heilserum stand Verf. nicht zur Verfügung. M. macht darauf aufmerksam, dass der Charakter der Epidemie ein sehr verschiedenartiger ist, es sind Statistiken bekannt mit 93, 83, 75 pCt. Genesung etc. Bei der Anwendung des Heilserum liegt die Gefahr vor, dass dieser Umstand übersehen und Alles nur der Anwendung dieses letzteren zugeschrieben werde.

LUNIN.

104) **Walter Dowson. Diphtheritis in Alt- und Neu-Bristol. (Diphtheria in old and new Bristol.)** *British Medical Journal. 4. Januar 1896.*

Genaue Beschreibung der sanitären Verhältnisse und des Einflusses derselben auf das Vorwiegen der Diphtheritis in den genannten Städten. Vortrag von hauptsächlich lokalem Interesse gehalten in der Epidemiological Society of Great Britain am 13. December 1895.

SEMON.

105) **Bernheim** (Graz). **Ueber Mischinfection bei Diphtherie.** *Zeitschr. f. Hygiene. XVIII. Bd. 3. Heft.*

B. beschreibt die Mikroorganismen, welche in 11 untersuchten Fällen den Diphtheriebacillus begleiteten. Er fand Streptococcus brevis, Streptococcus longus, Staphylococcus pyog. albus, Pseudodiphtheriebacillus. Die Versuche über die Beeinflussung des Diphtheriebacillus durch den Streptococcus ergaben: Bei gleichzeitiger Ueberimpfung des Diphtheriebacillus und Streptococcus auf Nährboden bleibt der erstere nie in seiner Entwicklung zurück, oft dagegen der letztere. Diphtheriebacillen wachsen stets üppig im Filtrat von Streptococcenculturen, umgekehrt gedeihen Streptococcen schlecht in filtrirter Diphtheriebouillon. Injicirt man Thieren, welche man mit Diphtherie inficirt, gleichzeitig Streptococcenkulturen oder deren Filtrate, so ist die Erkrankung meist rascher und schwerer als bei der einfachen Diphtherieinfection.

SEIFERT.

106) **Le Gendre u. Pochon. Ein bemerkenswerther Fall von Persistenz der Diphtheriebacillen im Nasenschleim mit wechselnder Virulenz. (Cas remarquable de persistance du bacille diphtéritique dans le mucus nasal avec variations de sa virulence.)** *Soc. méd. des hôpit. 13. December 1895.*

Seit 15 Monaten beobaehten die Verff. ein Kind, bas binnen 3 Jahren 3 Mal

von Diphtherie befallen war. Seit September 1894 ist der nasale und pharyngeale Schleim 13 Mal untersucht worden und jedesmal darin der Löffler'sche Bacillus entdeckt worden, zuweilen virulent und für Meerschweinchen tödtlich, zuweilen nicht. Die mit einer 5 procentigen Labarraque'schen Lösung ausgeführten Naseneinspritzungen liessen nur vorübergehend den Bacillus verschwinden.

LUC.

107) **Wassermann** (Berlin). **Ueber die persönliche Disposition und die Prophylaxe gegenüber Diphtherie.** *Zeitschr. f. Hygiene. XIX. 3. 1895.*

Die Natur hat offenbar eine grosse Anzahl von Individuen bereits im Kindesalter mit Schutzvorrichtungen gegenüber der Diphtherie ausgestattet, denn bei der endemischen Verbreitung derselben in unseren grossen Städten ist nicht recht anzunehmen, dass alle gesund gebliebenen Individuen auch wirklich nie sich in einer Infectionsgefahr befunden haben. Dieser persönliche Schutz muss in einem besonderen Verhalten des Blutserums vermuthet werden. W. untersuchte deshalb das Blutserum von Kindern und Erwachsenen und konnte constatiren, dass eine sehr grosse Zahl von Individuen, welche niemals in ihrem Leben an einer nachweisbaren Hals- oder Rachenaffection gelitten haben, schon im frühesten Kindesalter in ihrem Serum ausgesprochene Diphtheriegift zerstörende Eigenschaften besitzen, während andere wiederum diese völlig vermissen lassen.

Für die Prophylaxe fordert W., dass Geschwister von Erkrankten erst dann die Schule besuchen dürfen, wenn die Abwesenheit von Diphtheriebacillen in ihrem Nasenrachenraum festgestellt ist. Eine bei Beginn einer Diphtherieerkrankung desinficirte Wohnung ist abermals zu desinficiren, wenn nicht nur der Patient, sondern auch die Angehörigen als diphtheriebacillenfrei constatirt sind.

SEIFERT.

108) **Cnopf** sen. **Mittheilung über die Wirkung der Diphtherietoxine auf die Gewebe des menschlichen Körpers.** *Münchner med. Wochenschr. No. 52, 53. 1895.*

Die erste Mittheilung betrifft einen Fall von postdiphtheritischer Lähmung mit Brand der Haut, aus welchem Cnopf folgert, dass der Druck auf die Gewebe eines durch Toxine vergifteten Körpers ganz besondere Reactionen hervorrufen könne. Sodann bespricht C. das Auftreten von Decubitus durch die Tube und Canüle, Häufigkeit und Eintritt nach gewisser Zeit und bringt denselben ebenfalls mit der diphth. Intoxication in Verbindung. Da sich die durch Diphtheritoxin alterirten Gewebe gegen mechanische Einwirkungen ganz besonders empfindlich zeigen, so meint der Verf. man solle dieselben auf das möglichst geringe Maass beschränken, was am besten durch die Serumtherapie geschähe. SCHECH.

109) **Lemoine. Zur Bakteriologie der Scharlachanginen. (Bacteriologie des angines scarlatineuses.)** *Soc. méd. des hôpitaux. 20. December 1895.*

Bei Untersuchung der tiefliegenden mittelst Punktion der Mandeln erlangten Exsudate hat Verf. in hundert Fällen ausnahmslos den Streptococcus gefunden und zwar fünfmal mit dem Löffler'schen Bacillus, zweimal mit dem Bacterium coli combinirt. In den übrigen 93 Fällen war der Streptococcus allein vorhanden.

LUC.

110) **F. Thymann** (Kopenhagen). **Diphtheritis und Scarlatina. (Difteri og Skarlatina.)** *Hosp.-Tidende. 1895. p. 270.*

Es wurden 243 Diphtheriepatienten mit einem Mortalitätsprocent von 16,46 behandelt. Die Schwierigkeit, eine richtige Diagnose ohne bakteriologische Untersuchung der Membranen zu stellen geht deutlich aus einer schematischen Uebersicht über die bakteriologischen Untersuchungen an 196 unter der Diagnose Diphtheritis in dem Kopenhagener Amtskrankenhaus während der Zeit von Novb. 1893 bis Novb. 1894 aufgenommenen Patienten hervor. Unter diesen konnte nämlich in 67 Fällen kein Diphtheriebacillus nachgewiesen werden. SCHMIEGELOW.

111) **Variot** (Paris). **Nicht-membranöser diphtheritischer Croup. (Croup diphtéritique non membraneux.)** *Journ. de clin. et de thérap. infant. 31. October 1895.*

Nach Erwähnung der schon von Rousseau beobachteten Fälle von Angina diphtheritica ohne Pseudomembranen berichtet Verf. über vier aus seiner Praxis stammende Fälle, wo bei der Section an Croup gestorbener Kinder keine Pseudomembranen in den oberen Luftwegen gefunden wurden. Es waren auch keine Membranen während des Lebens im Rachen beobachtet worden. Die Diagnose wurde auf das Vorhandensein Löffler'scher Bacillen im Schleim des Rachens gegründet. LUC.

112) **Variot** (Paris). **Ein Fall von Croup mit dem Kehlkopfspiegel im prä-membranösen Stadium beobachtet. (Croup observé au laryngoscope à la période pré-membraneuse.)** *Journ. de clin. et de thérap. infant. 12. December 1895.*

Bei einem 5jährigen Knaben, der die klassischen Symptome des Croups darbot (Dyspnoe mit Stridor, Aphonie) und auf den Mandeln ein dünnes, diphtheriebacillenreiches Exsudat zeigte, konnte Verf. durch laryngoskopische Untersuchung feststellen, dass noch keine Pseudomembranen im Kehlkopfe vorhanden waren. Erst am folgenden Tage fingen solche an, sich auf der laryngealen Schleimhaut zu zeigen, woraus Verf. schliesst, dass die Dyspnoe und der Stridor beim Croup nicht ausschliesslich von den Membranen, sondern auch von der entzündlichen Schwellung der Stimmbänder verursacht werden. LUC.

113) **Tordeus. Gelegentlich eines Falles von Angina diphtheritica. (A propos d'un cas d'angine diphthéritique.)** *La Clinique. 47. 1895.*

Pat. mit anscheinend leichter Angina, ohne Rauhigkeit der Stimme und ohne Husten (laryngoskopischer Befund?) oder sonstige Symptome von Seite des Larynx, bekommt Erbrechen mit Collapserscheinungen und stirbt rasch unter den Symptomen diphtheritischer Intoxication. Der Urin enthält grössere Quantitäten Albumin. Die Autopsie unterblieb. Der Autor glaubt die Collaps- und Intoxicationserscheinungen den zweifachen Ursachen der Diphtheritis und der Nephritis mit urämischen Symptomen zuschreiben zu können. BAYER.

114) **Vandamme u. Leclerc. Gelegentlich eines Falles von acuter pseudomembranöser Bronchitis. (A propos d'un cas de bronchite pseudo-membraneuse aigue.)** *La Policlinique. 15. 1. 1895.*

Die acute pseudomembranöse Bronchitis trat primär auf und nicht im Gefolge

von Rachen- und Kehlkopfdiphtheritis. Die bacteriologische Untersuchung und eine Reihe von Culturen ergaben die Anwesenheit des Löffler'schen Bacillus neben Diplokokken, Mikrokokken und Streptokokken. BAYER.

115) **W. K. Jaques. Kehlkopf- und Bronchial-Diphtherie. (Laryngeal and bronchial diphtheria.)** *Chicago Med. Recorder. October 1895.*

Nichts von speciellerem Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

116) **W. E. Litchfild** (Sydney). **Einige klinische Beobachtungen über Diphtherie. (Some clinical observations on diphtheria.)** *The Austral. Medical Gazette. 20. October 1895.*

80 Procent der Fälle, die sämmtlich im Hospital beobachtet wurden, zeigten Albumen im Urin. Nur in einem Falle bestand Lähmung, während der Urin dauernd eiweissfrei war. In einem Falle trat während der Reconvalescenz partielle Anurie auf, die auf eine Vasomotorenlähmung der Nierengefässe zurückgeführt wurde; Albumen fehlte. Die heftigen Durchfälle, die bisweilen auf Diphtherie folgen, führt Verf. auf Lähmung des Nervi splanchnici zurück. 150 Fälle wurden auf die Beschaffenheit des Kniephänomens untersucht; es kam Verlust des Phänomens und Steigerung desselben zur Beobachtung. Das Fehlen der Kniereflexe war ein frühzeitig aufgetretenes ohne vorherige Steigerung, oder ein spätes nach Steigerung sich entwickelndes. Früher Verlust des Kniephänomens innerhalb der ersten 2 Wochen der Erkrankung ist ein gefährliches Symptom, meist von lang sich hinschleppender Reconvalescenz mit schweren Lähmungen gefolgt.

A. J. BRADY.

117) **J. Abercrombie. Einiges über Diphtheritis bei Kindern. (Some points concerning diphtheria in children.)** *Clinical Journal. 10. October 1895.*

Einige Punkte aus der Diagnostik werden besprochen; Nichts Neues.

ADOLPH BRONNER.

118) **S. Boasson** (Amsterdam). **Zur Aetiologie der Bronchopneumonie bei Diphtherie.** Inaug.-Diss. Freiburg. 1895. Middelburg. J. C. u. W. Altorffer. 1895.

Nach einer historischen Besprechung der Frage giebt B. vier Krankheitsfälle mit Obductionsbericht nebst bacteriologischem und histologischem Befund, welche aus der A. Baginsky'schen Klinik in Berlin stammen. Auf Grund dieser eigenen Untersuchungen kommt er zu der Conclusion, dass als Erreger der Bronchopneumonie bei Diphtherie dem Diphtheriebacillus die grösste Bedeutung beizumessen ist. Ferner möchte B. dem Streptococcus pyogenes nach den literarischen Angaben in Verbindung mit seinen eigenen Untersuchungen einen bedeutenden Einfluss auf den weiteren Verlauf der Bronchopneumonie zusprechen, indem er seiner Ansicht nach zum schnellen Verfall führt. H. BURGER.

119) **Veronese. Postdiphtheritische Herzlähmung. (Post-diphtheritic cardiac paralysis.)** *N. Y. Med. Record. 23. November 1895.*

Verf. ist der Ansicht, dass sich in der Literatur kein Fall von Tod durch

Herzlähmung nach Diphtherie finde, der gänzlich ohne vorherige Warnung eingetreten sei. Das eine oder andere verdächtige Symptom habe sich stets zum mindesten in den letzten 24 Stunden gezeigt. LEFFERTS.

120) **Reiche** (Hamburg). **Nierenveränderungen bei Diphtherie.** *Centralblatt für innere Medicin. 50. 1895.*

In 85 vor der Einführung der Serumtherapie verstorbenen Fällen wurden die Nieren untersucht, es fanden sich Läsionen degenerativer Natur neben anderen, die einen productiv entzündlichen Charakter trugen. In 2. Reihe dazu stehen gewisse Folgen extrem gesteigerten Blutdruckes, Blutaustritte in wechselnder Form und Grösse. Als ursächliches Moment diese Schädigungen müssen die resorbirten Toxine angesehen werden. SEIFERT.

121) **S. Schwarz** (Constantinopel). **Neue Vorschläge zur Prophylaxis und Therapie der Diphtherie.** *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 43.*

Sch. räth, Einblasungen von Natrium sozojodolicum mit Flores sulfuris und etwas Saccharin alle 4 Stunden vorzunehmen. Ausserdem lässt er stündlich 1 Esslöffel von 1 : 150 Kali chloricum-Lösung innerlich nehmen. Dadurch erzielt er auch bei Hinzurechnung der schweren und spät zur Behandlung gekommenen Fälle ein Mortalitätsprocent von 8 bis 10. Auch prophylactisch wirken die Einblasungen sehr gut.

Erwachsene schützen sich durch Gurgelungen mit 2proc. Sozojodolnatriumlösungen gegen jede Infection. Trotz dieser angeblich glänzenden Eigenschaften der Sozojodolsalze räth er doch zuletzt auch zu gleichzeitiger Injection von Heilserum. CHIARI.

122) **Smirnow. Ueber die Behandlung der Diphtherie mit künstlich hergestellten Antitoxinen.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 30, 31.*

S. kommt auf seine früheren Versuche zurück, aus Diphtheriebacillenculturen mittelst der Electrolyse wirksames Antitoxin herzustellen. Für die Laryngologie nicht von Interesse. LANDGRAF.

123) **Starr. Membranöser Croup. (Membranous croup.)** *N. Y. Med. Record. 16. December 1895.*

Rp. Hydrarg. chlorat. mit. 2,0
Natrii bicarbon. 14,0
Pulv. ipecac. 1,0
Pulv. Pepsin. 14,0
M. f. pulv. Divid. in part. XII. S. 2stdl. 1 Pulver.

LEFFERTS

124) **Sziklai. Croup. (Croup.)** *N. Y. Med. Record. 9. November 1895.*

Verf. gebraucht das Pilocarpin als spezifisches Mittel in allen Fällen, in denen die Schleimhaut sich mit einem gerinnenden Transsudate bedeckt. Die

durch das Pilocarpin angeregte starke Secretion ist geeignet, das der Schleimhaut aufliegende fibrinöse Exsudat zu lockern, so dass dieses leichter aus dem Kehlkopf ausgestossen wird. Zugleich hat das Pilocarpin auch einen die Neubildung der Membran verhütenden Einfluss. Kindern von 1—3 Jahren wird es in Dosen von 0,01—0,03 g, 3—6 Jahre alten 0,03—0,04, 6—10jährigen 0,05, 10—15 Jahre alten 0,06—0,07 und Erwachsenen 0,07—1,0 g gegeben. LEFFERTS.

125) **N. Rosenthal** (Berlin). **Eisenchlorid gegen Diphtherie.** *Therap. Monatsh. 1895. November.*

Von 271 mit Eisenchlorid behandelten Pat. starben 8,2 pCt. Das Eisenchlorid verhütet unfehlbar (!Ref.) die secundäre Larynxdiphtherie und weist in Bezug auf Heilung der Diphtherie bisher nicht erreichte Erfolge auf.

A. ROSENBERG.

126) **Loeffler. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 9. November 1895.*

Rp.	Alcohol	60 Theile
	Toluol	36 „
	Liqu. ferri sesquichlorat.	4 „

Zur Linderung des Schmerzes kann Menthol zugesetzt werden. Die erkrankten Partien werden mit dieser Lösung alle 2—4 Std. eingerieben.

LEFFERTS.

127) **T. Buchholz** (Riga). **Zwei Fälle von letaler Blutung nach Tracheotomie bei Diphtheritis.** *Petersburger med. Wochenschr. 1895. No. 24.*

In beiden Fällen erfolgte die tödtliche Blutung aus dem, durch die Canüle arrodirten Truncus anonymus. Die Pat. waren $1^1/_2$—$1^3/_4$ Jahre alt; die Blutung erfolgte bei einem am 6., beim zweiten am 10. Tage nach der Operation.

LUNIN.

128) **Verdun** (Genève). **Beitrag zum Studium der Verspätungs-Ursachen zur Entfernung der Canüle nach der Tracheotomie wegen Croup bei Kindern. (Contribution à l'étude des retards dans l'ablation de la canule etc.)** Dissertation. Genf. Taponnier. 1895.

Diese ausführliche chirurgische Arbeit von 115 Seiten zählt als Ursachen der erschwerten Entfernung der Canüle folgende auf: 1. Granulationsgeschwulst, 2. Narbenbildung, 3. verlängerte Persistenz der Diphtherie, 4. recidivirende Diphtherie, 5. Subchorditis laryngis, 6. Difformitäten der Trachealwände, 7. Erschlaffung der vorderen Trachealwand, 8. äussere Compression, 9. diphtherische Lähmung, 10. Lähmung durch Angewöhnung, 11. moralische Einflüsse, 12. Spasmus glottidis.

Diese Ursachen sind wohl Jedem bekannt und verständlich. 12 klinische Fälle liegen der Arbeit zu Grunde. JONQUIÈRE.

129) **Ch. Gevaert** (Gent). **Ursachen, welche bei der Behandlung des Croup die Entfernung der Trachealcanüle verzögern. (Causes, qui retardent l'ablation de**

la canule trachéale dans le traitement du croup.) *La Flandre Méd. 12. 1895.*

Ursachen sind:

1. Glottiskrampf hervorgerufen durch die Aufregung der an die Athmung durch die Canüle gewöhnten Kinder. Mittheilung eines Falles.

2. Granulationswucherungen in der Trachea; Mittheilung 3 einschlägiger Fälle.

3. Narbensclerose der Schleimhaut, wenn ein Theil derselben durch Druck der Canüle necrotisch geworden.

4. Habituelle Parese der Glossiserweiterer.

5. Paralyse der Glottiserweiterer.

6. Knorpelnecrose und Substanzverlust der vordern Trachealwand mit nachfolgender Narbencontraction.

BAYER.

130) **Hugues. Die Intubation des Kehlkopfs beim Croup, eine klinische, kritische Studie. (L'intubation laryngée dans le croup, étude critique et clinique.)** *Thèse de Lyon. 1895.*

Eine eingehende Studie über die Verwerthung der Intubation beim Croup. B. giebt eine allgemeine Statistik der seit 1890 in Lyon intubirten Fälle:

a) Vor der Serumtherapie . . . . 124 Fälle
Todesfälle . . . . 83 „
Die secundäre Tracheotomie wurde 25 mal ausgeführt; von diesen Fällen starben 20.
b) Seit der Serumtherapie . . . . 73 „
Todesfälle . . . . 20 „

A. CARTAZ.

131) **F. Baudouin. Die Intubation bei Croup. (De l'intubations dans le croup.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Verf. legt ausführlich die Methodik der Intubation dar, ihre Technik, Zufälle, Indicationen etc. Seine persönliche Statistik umfasst 17 Fälle, die im Krankenhaus zu Rennes beobachtet wurden, davon wurden behandelt

12 mittelst Intubation . . . . 8 Todesfälle
5 „ Intubation und Serumtherapie . . 2 „

A. CARTAZ.

132) **A. Mc Shane. Bericht über die Intubation bei der Kehlkopfdiphtherie. (Notes on intubation in laryngeal diphtheria.)** *New Orleans Med. and Surg. Journal. October 1895.*

Mittheilung einer Anzahl von Fällen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

133) **Adr. Poenaru** (Bukarest). **Intubation des Kehlkopfs bei diphtherischem Croup. (Tubagiul laringeluc in crupul difteric.)** *Spitalul. 1895. No. 10—13.*

Ein am 23. April in der Gesellschaft der Studenten der Medicin gehaltener Vortrag, in dem das Verfahren der Intubation klar beschrieben und die Vortheile sowie die Uebelstände dem Luftröhrenschnitt gegenüber auseinandergesetzt und

an dem Beispiele eines $3^1/_2$jährigen, mit der Intubation glücklich behandelten Mädchens erläutert werden. SENTINON.

134) **Melvin M. Franclin. Intubation des Kehlkopfs bei einem 14 Monate alten Kind, mit Wiedereinführung der Tube und Ausgang in Heilung. (Intubation of the larynx in a child fourteen months of age with reintroduction of the tube and recovery.)** *Philad. Med. News. 23. November 1895.*

F. schreibt: „Wenn ich die vorliegenden Berichte über die Intubation, soweit sie mir zugänglich sind, überblicke, so finde ich, dass ihr Erfolg bei Kindern unter 18 Monaten ausserordentlich selten ist. Je geringer das Alter, um so höher steigt die Mortalität. Aus diesem Grunde theile ich die folgende Krankengeschichte mit“ etc. LEFFERTS.

135) **J. Tsakiris. Alte und neue Instrumente zur Intubation des Kehlkopfs bei Croup. (Instruments anciens et nouveaux pour l'intubation du larynx dans le croup.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Eine kritische Besprechung der verschiedenen Instrumente für die Intubation, die O'Dwyer selbst in den letzten Jahren vorgelegt hat und die Andere in verschiedener Weise abgeändert haben. (Ferroud, Egidi, Collin.) T. empfiehlt Aluminiumtuben, sein Instrumentarium ist in einigen Punkten modificirt; so verringert er das Caliber der O'Dwyer'schen Röhren am oberen Ende um die Hälfte, verwirft die kurzen Röhren und erklärt die Expression oder Enucleation für ein gefährliches Verfahren. A. CARTAZ.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

136) **F. Reinke. Untersuchungen über das menschliche Stimmband** *Fortschr. d. Medicin. No. 12. 1895.*

Verfasser ist durch seine Untersuchungen zu dem Resultat gelangt, dass das menschliche Stimmband zwei morphologisch recht verschiedene Abschnitte zeigt. Der eine, lateral gelegene, bildet die Basis des Stimmbandkörpers, während der zweite, medialwärts gelegene einen zungenförmigen Fortsatz dieses Körpers darstellt. Die „Basis“ ist mehr oder minder constant in ihrer Form, während der zungenförmige Fortsatz, sehr viel beweglicher, seine Gestalt fortwährend ändert, In seinem morphologischen Aufbau ist er gänzlich verschieden von der Basis. Beide Theile werden sowohl auf der oberen wie auf der unteren Seite durch zwei typische Grenzlinien getrennt. Verfasser bezeichnet sie als Linea arcuata superior und inferior. Obwohl meistens ohne Weiteres an frischen Kehlkopfpräparaten, noch besser nach Härtung mit Alcohol oder Müller'scher Flüssigkeit sichtbar, treten die Linien am schärfsten nach Schaffung eines künstlichen Oedems im medialen Theil des Stimmbandes hervor. Bei gut gelungener Injection (von Luft oder auch von Leiminjectionsmasse) zeigt die obere Grenze des Oedems die Linea arcuata superior, die untere die Linea arcuata inferior. Dies kommt daher, dass das elastische Band, das fest mit dem Muskel verwachsen ist, gerade im Verlauf

dieser beiden Linien, den Muskel an die Basalmembran des Epithels anheftet und dabei einen so dichten Verschluss gewährt, dass die Injectionsmasse aufgehalten wird. Hinten geht die Linea arcuata inferior bedeutend weiter als die Linea arcuata superior und weiter als das Oedem. Anatomisch ist in der Linea arcuata inferior ein Verschluss der Glottis möglich, ohne dass sich daran der darüber gelegene, mediale, zungenförmige Theil des Stimmbandkörpers zu betheiligen braucht. Verfasser betrachtet daher die Linea arcuata inferior als eine untere Verschlusslinie der Glottis. Verfasser erwähnt endlich noch, dass an fötalen Kehlköpfen bis zur Geburt das Stimmband auf dem Durchschnitt zweizipflig, gleichsam eingestülpt ist. Später findet eine Ausgleichung dieser Einstülpung statt. Ob diese Ausgleichung sich durch allmäliges Wachsthum vollzieht, oder ob sie beim ersten Schreiact durch kräftige Contraction des Musculus thyreoarytaenoideus vocalis erfolgt, vermochte Verfasser bis jetzt nicht festzustellen. Im zweiten Falle würde die Erscheinung vielleicht forensisches Interesse haben.

RICHARD SEMON.

137) **Maertens. Entwickelung des Knorpelgerüstes im Kehlkopfe von Rana tempor.** Inaug.-Diss. Göttingen. 1895.

Ref. nicht zugänglich.

A. ROSENBERG.

138) **C. Compaired** (Madrid). **Ein Fall intensiver acuter Kehlkopfentzündung traumatischen Ursprungs (Caso de laringitis aguda, intensa, de origen traumatico.)** *Revista de laringologia, otologia y rinologia. 1895. Januar.*

Ein 22jähriger Krämer hatte sich einen neusilbernen Esslöffel so weit in den Rachen gesteckt, dass er ihn nicht wieder herausziehen konnte und sich durch fortwährendes Rütteln eine Verletzung des Kehldeckels, des Kehlkopfes und der Speiseröhre zugezogen. Mit Mühe gelang es dem herbeigerufenen Arzte, mit einer express dazu hergerichteten Zange den Löffel wieder heraus zu bekommen. Zwei Wochen später stellt sich Pat. dem Verf. im Badeort Tiermas ganz stimmlos und mit Schmerzen beim Sprechen und Schlucken vor. Absolute Ruhe der betreffenden Theile, Bestäubung mit Antipyrin- und Cocainlösung, Einathmen von Guajacol und Terpinol sowie Betupfung des Kehlkopfsinnern mit Silberlösung brachten bald Heilung.

SENTINON.

139) **Elkan** (Hannover). **Zur klinischen Bedeutung der Halsabscesse bei Scharlach nebst Schilderung eines durch perilaryngeale Localisation bedingten gefahrdrohenden Falles.** Dissert. Berlin. 1895.

Bei einem 5jährigen Knaben entwickelte sich im Anschluss an Scharlach ein perilaryngealer Abscess, der seinen Ausgangspunkt von dem vor den Knorpeln der vorderen Kehlkopfwand gelegenen Zellgewebe genommen und einen gefahrdrohenden Druck auf den Kehlkopf (Stenose) bedingt hatte. Incision, Heilung.

SEIFERT.

140) **Koschier** (Wien). **Lordose der Halswirbelsäule mit Druckgeschwüren an der Ringknorpelplatte.** Mittheilung aus Störk's Klinik. — *Wiener kl. Wochenschrift. 1895. No. 46.*

Ein Fall war veranlasst durch ausgeheilte Caries der Halswirbelsäule bei

einem 34jährigen Manne; derselbe litt an Schling- und Athembeschwerden. Die Epiglottis lag stark gesenkt, der lordotischen Wirbelsäule sehr nahe. Das linke Stimmband war durch Ankylose des Ary-cricoidealgelenkes fast unbeweglich in Phonationsstellung fixirt.

Der 2. Fall wurde bei der Section gefunden und zeigte Necrose des Ringknorpels mit Dislocation beider Aryknorpel nach vorne und Eröffnung beider Gelenke.

Ausser der Lordose ist immer noch Marasmus nöthig zum Entstehen des Decubitus mit seinen Folgen, nämlich der Necrose des Ringknorpels, der Gelenksentzündungen mit Fixation der Stimmbänder und Stenose. Ausschliessung von Lues und Tuberculose ist wichtig.

CHIARI.

141) **Ch. Gevaert. Die Kehlkopfblutungen. (Les hémorrhagies laryngées.)** *La Belgique Méd. No. 42. 1895.*

G. bespricht die verschiedenen Arten von Larynxblutungen und führt zwei Fälle persönlicher Beobachtung an, von denen der eine im Verlaufe von Variola auftrat bei einem 60jährigen Manne; submucöse Blutung in die aryepiglottischen Falten, 2 dicke Säckchen bildend und den Zugang zum Larynx bedeutend beeinträchtigend. Der andere Fall betrifft einen 25jährigen Mann, welcher im Verlaufe einer Heiserkeit am 12. Tage Blut auswarf. An der Verbindungsstelle des mittleren und vorderen Drittels des linken Stimmbandes konnte man einen kleinen Punkt entdecken, aus welchem das Blut hervorquoll. Am freien Rand des Stimmbandes hing schwarzes geronnenes Blut und war bis in die Trachea zu verfolgen, deren Lumen verengernd, wie das der Glottisöffnung. Nach einigen Tagen war Alles wieder in Ordnung.

BAYER.

142) **Thost. Ueber den Infectionsmodus bei Kehlkopftuberculose und einige seltenere Fälle von Kehlkopftuberculose mit günstigem Verlauf.** *Monatsschr. f. Ohrenh. No. 2. 1895.*

Th. meint, die erblich belasteten Phthisiker bekämen besonders häufig Kehlkopftuberkulose. Die Infection des Kehlkopfes geschieht durch das Secret der Lungen und zwar nicht auf dem Wege der Blut- und Lymphbahn, sondern von der Oberfläche aus, doch glaubt Thost nicht daran, dass die Bacillen durch das unverletzte Epithel hindurch wandern, sondern durch Substanzverluste oder durch die Drüsenmündungen. Dass ein Katarrh der tuberculösen Infection vorausgeht und dass er die Kehlkopftuberculose begleitet, hält Th. für sicher. Zum Zustandekommen der Infection muss auch im Kehlkopfe an einzelnen Stellen der Widerstand herabgesetzt sein und ist es nöthig, dass an den kranken Stellen, später Secret längere Zeit haftet. Die Heilungstendenz ist bei der erworbenen Tuberculose grösser, als bei der hereditären. Die Krankengeschichten der 6 geheilten Fälle müssen im Original gelesen werden.

SCHECH.

143) **Castex** (Paris). **Combinirte Tuberculosen des Kehlkopfs. (Tuberculoses associées du larynx.)** *France méd. 14. Februar 1896.*

Unter anderen Combinationen beschreibt Verf. die von Tuberculose mit Lues,

ohne in dieser wohl bekannten Frage etwas neues beizubringen; dann beschreibt er die bei Neuropathischen und wahrscheinlich unter Begünstigung durch die Neupathie entstehende Tuberculose. LUC.

144) **Heindl** (Wien). **Vorläufige Mittheilungen über die Wirkung von Lignosulfitinhalationen bei Kehlkopf- und Lungentuberculose.** Aus der laryngol. Abtheilung des Prof. Dr. Chiari an der Poliklinik in Wien. — *Wiener klinische Wochenschrift. 1895. No. 39 u. 40.*

Das Lignosulfit wird durch Kochen von Fichten- oder Tannenholz in einer Lösung von schwefliger Säure mit Kalk gewonnen. Die nach Dr. F. Hartmann gewonnene Flüssigkeit enthält ausser schwefliger Säure, Mineralsalzen, ätherischen und balsamischen Stoffen auch noch verschiedene organische Verbindungen. Man lässt das Lignosulfit über Tannenreiser herabträufeln, wobei sich die Luft mit den Dämpfen des Lignosulfits erfüllt; die in demselben Raume befindlichen Patienten athmen neun Stunden lang die Dämpfe ein. Dieselben reizen anfänglich und regen zum Husten und Expectoriren an, später aber werden sie gut vertragen. Heindl bringt genaue Berichte über 11 längere Zeit genau beobachtete Fälle und kommt zu folgenden Schlüssen: Die Methode ist weiterer Prüfung werth, reizt nur stark bei frischen Wunden des Kehlkopfes oder bei Neigung zu Haemoptoe. Fieber, Athemnoth, Nachtschweisse und Schmerzen nehmen meist ab, ja schwinden selbst ganz; dagegen steigert sich der Appetit, die Körperkraft und das Wohlbefinden meistens auffallend. Ein directes Heilmittel gegen Tuberculose ist aber das Lignosulfit nicht, da weder die objectiven Befunde im Kehlkopfe oder in den Lungen, noch die Bacillenbefunde im Sputum eine solche Heilwirkung zeigen. Heindl erklärt die trotzdem häufig constatirte gute Wirkung auf den Gesammtorganismus der Tuberculösen aus der expectorirenden und desinficirenden Wirkung des Lignosulfits. CHIARI.

145) **Rethi** (Wien). **Bemerkungen zur chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 42.*

R. ist durchaus kein Feind dieser Methode, will sie aber seltener angewendet wissen als man es jetzt empfiehlt. Er operirt nur bei wenig ausgebreiteter Lungentuberculose und bei localisirter Kehlkopferkrankung oder bei Stenose oder Dysphagie, wenn Fieber fehlt, wenn die Kräfte des Patienten nicht zu gering sind und wenn nicht der Zerfall in Lunge und Kehlkopf zu schnell vorschreitet. Diese Indicationen werden durch einige Beispiele erläutert. Trotz strenger Auswahl der Fälle hat er einen relativ grossen Procentsatz von ungeheilten Fällen nach endolaryngealer chirurgischer Behandlung. CHIARI.

146) **E. Tschlenow. Gumma des Kehlkopfs. (Gummosnaja opuhol gortani.)** *Med. obosr. 1895. No. 7.*

Tumor auf dem linken Aryknorpel, von der Grösse einer kleinen Nuss, mit scheinbar normaler Schleimhaut bedeckt und allmälig in das gesunde Gewebe übergehend. Die Diagnose wird erleichtert durch ein spec. syphilitisches Geschwür auf der hinteren Rachenwand. Unter antisyphilitischer Behandlung Heilung des Geschwürs und Schwinden des Tumors. LUNIN.

147) **Hugo Bergeat** (München). **Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 8, 9, 10, 11. 1895.*

In dieser äusserst sorgfältigen, gewissenhaften und fleissigen Zusammenstellung giebt B. ein Bild über unsere Kenntnisse der in Rede stehenden Affection. B. sammelte und analysirte 85 Fälle von primärem Sarcom des Kehlkopfes, 10 secundäre und 17 unsichere Fälle, ferner 7 Fälle von primärem und 10 von secundärem Sarcom der Luftröhre. Sodann folgen übersichtliche Tabellen über das Geschlecht, Alter und Stand der Kranken, über die histologische Natur der Geschwülste, über den Sitz, Grösse und Form derselben, über die Erscheinungen, die Prognose, Art und Resultate der Operation. Die interessanten Details müssen im Originale nachgelesen werden. SCHECH.

148) **Pilliet. Krebs des Kehlkopfs. (Cancer du larynx.)** *Soc. anatom. in Bulletin méd. 13. Januar 1895.*

Es handelt sich um den Kehlkopf eines aphonisch gewordenen Bären. An dem vorgelegten Präparat sah man die Stimmbäder epitheliomatös erkrankt und auch die Ventrikel, die bei diesen Thieren sehr entwickelt sind, von der Neubildung ergriffen. LUC.

149) **Franz Kijewski** (Warschau). **Ueber Laryngofissur.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. III. H. 1 u. 2. 1895.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die polnische Literatur dieses Gegenstandes und beschäftigt sich im ersten Theil seiner Arbeit mit der Technik der Operation und ihrer Nachbehandlung. Der zweite Theil geht auf die 20 Fälle von Laryngofissur, die Verf. auf der Klinik von Prof. Kosinski beobachtet hat, im Einzelnen ein. Indication zur Operation gab 1 mal Fractur des Kehlkopfs, 5 mal gutartige Geschwülste, 2 mal maligne Neubildung, 2 mal syphilitische Strictur, 1 mal Laryngitis tuberculosa und 9 mal Laryngitis subglottica hypertrophica chronica.

F. KLEMPERER.

150) **H. O. Pantzer. Selbstmordverletzung von Kehlkopf und Rachen. (Suicidal injury of larynx and pharynx.)** *Indiana Med. Journal. September 1895.*

Der Fall ist bemerkenswerth, weil er trotz der Schwere der Verletzung in Heilung ausging. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

151) **Scheier. Versuch einer Statistik der Kehlkopfverletzungen. (Essai de statistique des blessures du larynx.)** *Archives internat. de laryngol. No. 5. September, October 1895.*

An einer Zusammenstellung von 95 Fällen von Kehlkopffractur studirt Verf. die verschiedenen Formen der Verletzungen und den Mechanismus ihres Zustandekommens. E. J. MOURE.

152) **Corradi. Betrachtungen über die Kehlkopfstenosen; eine neue Methode der Dilatation. (Considérations sur les stenoses du larynx; nouvelle methode de dilatation.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 9. September 1895.*

Der Verf. setzt das Vorkommen von schweren Kehlkopfstenosen nach der

Tracheotomie auf Rechnung der heute gebräuchlichen Fenstercanülen. Er giebt ein neues, sehr ingeniöses Verfahren zur Erweiterung des stenosirten Kehlkopfs an.

E. J. MOURE.

153) **R. Glasgow. Fremdkörper in Kehlkopf und Luftröhre; mit Bericht über einen durch die Tracheotomie geheilten Fall. (Foreign bodies in the larynx and trachea; with report of a case relieved by tracheotomy.)** *Virginia Med. Monthly. April 1895.*

Der Fremdkörper war eine $2^1/_2$ Zoll lange Nadel.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

154) **Mandowski** (Greiz). **Einige Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 30.*

1. Fall. 3jähriges Kind hatte eine Tuchnadel aspirirt, welche in den linken Hauptbronchus gelangt war und dort zu einer ausgedehnten Entzündung Anlass gegeben hatte, der das Kind erlag.

2. Fall. 7jähriger Knabe hatte ein kleines Aestchen einer Thuja aspirirt. Es entwickelte sich ein schweres Krankheitsbild — entzündliche Erscheinungen in der linken Lunge. Schliesslich Genesung, nachdem der Knabe 8 Stückchen des Zweiges zu verschiedenen Zeiten ausgehustet hatte.

3. Fall. 8jähriger Knabe aspirirte eine Gerstenähre, die er nach einigen Tagen schweren Krankseins aushustete.

Im 4. Fall war es eine halbe Mandel, die ebenfalls glücklich ausgehustet wurde.

Der 5. Fall betraf einen dementen Hemiplegiker, der sich den ganzen Kehlkopf verschlossen hatte durch hastig geschlungenes Hammelfleisch.

LANDGRAF.

155) **Aronsohn. Fremdkörper in den Luftwegen.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1895. No. 45.*

A. berichtet über 4 derartige Fälle, 1. Knochen im l. Bronchus. Ausgehustet.
2. Kalkconcremente in der Trachea. Ausgehustet.
3. Stecknadel in der Luftröhre? im Oesophagus? im Magen?
4. Fischgräten in der Epiglottis?

LANDGRAF.

156) **Palazzolo. Blutegel im Kehlkopf. (Sanguisuga in laringo.)** *Bollet. d. Malat. dell'Or. 1895. No. 9.*

Früher anderswo veröffentlicht, schon referirt.

TOTI.

157) **D. Mitchell. Tod eines Kindes durch Eindringen erbrochener Massen in den Kehlkopf. (Death of a child from the presence of vomited matter in the larynx.)** *Brit. Med. Journ. 28. December 1895.*

5jähriges Kind wurde todt im Bett gefunden; es hatte erbrochen. Der Tod war offenbar ganz ruhig eingetreten, da die Mutter, die im selben im Zimmer beschäftigt gewesen war, nichts bemerkt hatte. Es fand sich ein Stück einer Orange im Kehlkopf.

ADOLPH BRONNER.

158) **Zarniko. Wallnusskern in der Trachea.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 42. 1895.*

Z. zeigte in dem ärztlichen Verein zu Hamburg Fragmente eines Wallnusskernes, die er aus der Trachea eines 17jährigen Mädchens mit der Hakensonde entfernt hatte.

SCHECH.

159) **G. W. M'Caleb. Ein Fall von Tracheotomie wegen eines seit 3½ Monaten vorhandenen Fremdkörpers im linken Bronchus. (Case of tracheotomy for removal of a foreign body from the left bronchus of 3½ months standing.)** *Polyclinic (N. Y.). 15. Juli 1895.*

Pat. war ein Kind von 3 Jahren. Dasselbe hatte mehrere Male heftige Hustenanfälle gehabt und die Athmung war beschleunigt und erschwert. Der Zustand besserte sich aber und die Operation wurde aufgeschoben, bis sich nach 3 Monaten eine umschriebene Pneumonie entwickelte. Dann wurde tracheotomirt, jedoch nichts gefunden. Bei einer wiederholten Untersuchung jedoch nach 6 Tagen konnte man den Fremdkörper localisiren und entfernen. Es war eine Kaffeebohne, die etwa 4 Zoll unter den oberen Sternalrand und ca. 3 Zoll nach links von der Mitte des Brustbeins gesteckt hatte. Das Kind genas jetzt sehr schnell.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

160) **Chas. H. Mayo. Entfernung einer Intubationsröhre aus dem Bronchus mittelst Tracheotomie. Heilung. (Removal of an intubation-tube from the bronchus by tracheotomy. Recovery.)** *N. Y. Medica. Record. 2. November 1895.*

Eine interessante Krankengeschichte; über die Natur und den Ausgang des Unfalles orientirt die Ueberschrift.

LEFFERTS.

161) **Winands. Ueber einen Fall von Verstopfung des rechten Bronchus durch einen Fremdkörper.** *Münch. med. Wochenschr. No. 52. 1895.*

Tödtlicher Ausgang bei einem Kinde durch Aspiration einer Bohne unmittelbar unter der Glottis; im rechten Bronchus ein flacher Schleimhautdefect, wo sich die Bohne eingeklemmt hatte. Brechmittel und Aufhängen an den Füssen waren erfolglos.

SCHECH.

162) **Morgan. Glückliche Entfernung eines 46 Tage in einem Bronchus eingeklemmten Fremdkörpers. (Successful removal of a foreign body impacted for forty-six days in a bronchus.)** *Philad. Med. News. 9. November 1895.*

Der Fall betrifft ein Mädchen von 8¾ Jahren, das 3 Wochen, bevor es in Behandlung kam, ein Stück von einem Pflaumenkern, den es zerbiss, angeblich verschluckt hatte.

LEFFERTS.

163) **A. Wade. Krankengeschichte und Sectionsbericht eines Falles von Tamarinden-Stein im rechten Bronchus. (History of a case of a tamarind stone in the right bronchus. Necropsy. Remarks.)** *Lancet. 14. December 1895.*

Unmittelbar nach dem Verschlucken des Steins trat keine Luft mehr beim Athmen in die rechte Lunge ein. Zwei Versuche — nach der Tracheotomie —

den Stein zu finden, blieben vergeblich. Am 36. Tage nach der Tracheotomie wurde die Canüle entfernt. 17 Tage darauf erwachte das Kind plötzlich aus dem Schlafe, nach Athem ringend; nach wenigen Minuten war es todt. Der gequollene Stein fand sich bei der Section unterhalb des Ringknorpels, die Trachea ausfüllend. Solange der Stein im Bronchus lag, hätte die Canüle nicht entfernt werden sollen.

ADOLHP BRONNER.

164) **Brown Sequard. Tracheotomie. (Tracheotomy.)** *N. Y. Medical Record. 12. October 1895.*

Eine Incision vorn am Halse verursacht Anaesthesie der umgebenden Theile; daher ist nur der erste Schnitt schmerzhaft. LEFFERTS.

165) **Reineboth. Tod eines Tracheotomirten durch Erhängen.** Aus der med. Klinik zu Halle. — *Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med. 1895. H. 2.*

Es tritt ein sofortiger und fortwährender Verlust des Bewusstseins ein, darnach Streckkrämpfe, schnelleres Erkalten als bei nicht Tracheotomirten. Es fand sich bei dem Patienten eine isolirte auffällig starke Füllung der Arterien der Hirnbasis, während bei den tracheotomirten und erhängten Kaninchen, an denen R. experimentirte, auch die Piagefässe stark gefüllt waren. Das erklärt sich von einer längeren Sterbedauer resp. Herzarbeit und einem unvergleichlich grösseren Caliber der A. vertebralis im Verhältniss zu den Carotiden. A. ROSENBERG.

166) **W. N. Macartney. Ein Ersatz für die Trachealcanüle. (A substitute for the trachea tube.)** *N. Y. Med. Record. 12. October 1895.*

Ein einfaches Stück Draht, das zweckentsprechend gebogen die Ränder der Trachealwunde weit genug auseinander und sich selbst in seiner Lage erhält. Die Vorzüge dieses Aushilfsmittels für den gegebenen Fall liegen auf der Hand.

LEFFERTS.

167) **J. J. Conner. Intubation des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *Am. Medico Surg. Bulletin (N. Y.). 15. Februar 1895.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

168) **Levrey** u. **Platot** (Paris). **Tödtlicher Ausgang der Intubation. Auswerfen der Röhre und Liegenbleiben derselben in der Nasenhöhle. Tod. (Accident mortel du tubage. Rejet du tube Arrêt dans la cavité des fosses nasales. Mort.)** *Journ. de clin. infant. 31. October 1895.*

Dem Titel ist nichts hinzuzufügen. LUC.

169) **Louis Martin** (Paris). **Die Intubation des Kehlkopfs. (Le tubage du larynx.)** *Bull. méd. 7. u. 11. December 1895.*

Nichts Neues. LUC.

170) **J. E. Rhodes. Schutz für die Hand beim Intubiren des Larynx. (Protector for hand in intubating the larynx.)** *Journ. Am. Med. Assoc. (Chicago). 15. Juni 1895.*

Eine Art Gummihandschuh mit ausgeschnittenen Fingerspitzen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

f. Schilddrüse.

171) **L. Stevenson. Die Ursache des Kropfes. (The cause of goitre.)** *Lancet. 14. December 1895.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die von Saint-Leger (Paris) 1867 aufgestellten Theorien.

ADOLPH BRONNER

172) **G. Holmes. Der sporadische Kropf; seine Abarten und die Resultate der modernen Behandlung. (Sporadic goitre; its varieties and the results of modern treatment.)** *Lancet. 9. November 1895.*

Verf. beschreibt die verschiedenen Arten des Kropfes und ihre Pathologie. Die beste Behandlungsmethode, selbst für den Cystenkropf, ist die Injection von Jod!! Von 287 Fällen wurden nicht weniger als 183 mit Jodinjectionen behandelt (die neuere Literatur über diese Frage scheint der Verf. ganz übersehen zu haben. A. B.).

AODLPH BRONNER.

173) **K. Alekséjew. Zwei Fälle von Struma geheilt durch den Gebrauch von Schafschilddrüse. (Dwa slytschaja uspeschnawo letschenia soba baranjei tschetowidnoi schelesoi.)** *Med. obosr. 1895. No. 7.*

Eine Pat. litt an Basedow'scher Krankheit, die sich in 7 Monaten ausgebildet hatte, die andere an einer schnell entstandenen partiellen Struma. Unter dem Gebrauch von Glandula Thyreoid. vom Schaf wurden beide in 6 Wochen geheilt.

LUNIN.

174) **Walter Edmunds. Cyste einer accessorischen Schilddrüse. (Cystic accessory thyroid.)** *Brit. Med. Journal. 23. November 1895.*

Die Cyste, welche in der Sitzung der Pathological Society of London vom 19. November 1895 demonstrirt wurde, war nahe dem Kieferwinkel eines 28jährigen Mannes entfernt worden. Ihre mikroskopische Untersuchung zeigte Schilddrüsengewebe der Wandung. Die Hauptschilddrüse wurde bei der Operation nicht gesehen, und war anscheinend normal.

In der Discussion sprach Mr. James Berry über die Definition des Begriffs: accessorische Schilddrüsen, und unterschied drei Varietäten:

1. Wirklich von der Hauptdrüse entfernt liegende accessorische Drüsen — ein seltenes Vorkommniss;

2. Die häufigere Form, in welcher die accessorische Drüse mittelst eines Stücks Kapsel mit der Hauptschilddrüse zusammenhinge; und

3. Adenome, welche innerhalb der Schilddrüse entsprängen und später gestielt würden.

Mr. Targett gedachte eines verkalkten Cystenkropfs im Museum des Royal College of Surgeons, welcher eine vergrösserte Nebenschilddrüse darzustellen schiene. — Mr. Arthur Barker frug Mr. Berry, ob mikroskopische Unterschiede in den drei von ihm beschriebenen Varietäten existirten; klinisch sei die

Unterscheidung wenig bedeutsam. — Mr. Berry erwiderte, dass die Structurdifferenzen unbedeutend seien. — Der Präsident (Mr. H. T. Butlin) trat den Ansichten Mr. Berry's bei und hielt ebenso wenig wie letzterer den demonstrirten Fall als mit Sicherheit zur Categorie der echten Nebenschilddrüsen gehörig; möglicherweise sei der Stiel zur Zeit der Operation übersehen worden.

SEMON.

175) **G. Gayet. Krebs der Schilddrüse mit Uebergreifen auf die Trachea. Tracheotomie. Tod. (Cancer du corps thyroide avec propagation à la trachée, trachéotomie, mort.)** *Arch. provinc. de chirurgie. IV. No. 11. 1895.*

45jähriger Mann mit Heiserkeit, Athembeschwerden und Hypertrophie der Schilddrüse, die seit 3 Monaten bemerkt wird. Rapides Weiterschreiten der Krankheit, Erstickungsanfälle, Auswerfen von Blut. In einem Anfalle wird die Tracheotomie nöthig, 2 Stunden nach derselben Asphyxie und Tod.

Die Section ergab Krebs der Schilddrüse mit Uebergreifen auf die Trachea, die eine Perforation aufwies, ferner auf die grossen Gefäss- und Nervenstämme, die Lymphdrüsen und auch die Oesophaguswand. Der linke Recurrens liegt inmitten der Krebsmasse. Im Larynx eine polypöse Geschwulst, locker aufsitzend, zwischen den Stimmbändern. Die Tumormasse war ein Carcinom von colloidem Typus.

A. CARTAZ.

176) **Roberts Bartholow. Einige Krankengeschichten zur Illustration des Wesens und der Behandlung des Morbus Basedowii und gleichartiger Erkrankungen. (Cases illustrative of the character and treatment of exophthalmic goitre and its congeners.)** *Philad. Med. News. 16. November 1895.*

Der Name Struma exophthalmica bezeichnet zwar zwei der wichtigeren Symptome der Krankheit, trifft aber nicht ihr eigentliches Wesen. Die klinischen Symptome der Erkrankung wie die Resultate der Therapie erweisen — wie Verf. an der Hand seiner Fälle nachzuweisen sucht — dass es sich um einen paretischen Zustand des cervicalen Sympathicus abhängig von Veränderungen der Schilddrüse handelt.

LEFFERTS.

177) **J. K. Abram. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Lancet. 16. November 1895.*

Besprechung der Symptomatologie der Erkrankung und der verschiedenen Theorien über ihre Pathogenese. Verf. hält sie für eine Affection der Schilddrüse und führt ihre Symptome auf eine übermässige Abscheidung von Schilddrüsensecret in's Blut zurück.

ADOLPH BRONNER.

178) **Jessop** (London). **Drei Fälle von Morbus Basedowii mit schweren Augenstörungen. (Three cases of exophthalmic goitre with severe ocular lesions.)** *British Medical Journal. 23. November 1895.*

Die drei Fälle wurden in der Sitzung der Ophthalmological Society of the United Kingdom vom 14. November 1895 berichtet, und sind von ausschliesslich ophthalmologischem Interesse. In allen drei handelte es sich, abgesehen von anderen Augenläsionen, um tiefgehende Ulceration der Cornea und die Discussion

drehte sich ausschliesslich um die Frage, ob in solchen Fällen Sutur der Augenlider vorzunehmen sei, wofür sich die meisten Redner aussprachen. SEMON.

179) **Lebreton** (Paris). **Ein Fall von Myxoedem beim Kinde. (Un cas de myxoedème infantile.)** *Semaine méd. 2. Januar 1895.*

Nichts Neues. LUC.

180) **Knoepfelmacher** (Wien). **Ueber einige therapeutische Versuche mit Schilddrüsenfütterung.** Aus dem Carolinen-Kinderspitale in Wien. — *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 41.*

Bei Rachitis und Säuglingstetanie wurde kein Erfolg erzielt. In 11 Fällen von parenchymatöser Struma wurde ein bedeutender Rückgang der Schwellung erreicht, bei 5 ein mässiger und bei 5 gar keiner. Die letzten 10 Fälle betrafen aber colloide Strumen, bei denen auch Jod nicht mehr Resultate aufwies. In allen erfolgreichen Fällen behielt die Struma auch nach Aussetzen der Thyreoideabehandlung ihr reducirtes Volumen bei. Kn. glaubt, dass durch Einführung von Schilddrüsensubstanz sich eine Struma zurückbildet, so lange sie noch keine secundären Veränderungen eingegangen ist. CHIARI.

181) **Reinhold. Weitere Mittheilungen über Schilddrüsentherapie bei kropfleidenden Geisteskranken.** *Münch. med. Wochenschr. No. 52. 1895.*

Bei 12 Kranken erfolgte nach Verabreichung von Thyreoidinpastillen stets eine Verkleinerung des Kropfes in der Mehrzahl der Fälle mit Abnahme des Körpergewichtes. In Bezug auf die Psychose zeigten 3 Kranke eine Besserung, einer eine Verschlimmerung, die übrigen blieben unverändert. R. kommt zu dem Schlusse, dass im Allgemeinen der Verlauf der Psychosen durch die Schilddrüsentherapie nicht beeinflusst wird. Besondere unangenehme Erscheinungen wurden nicht beobachtet. SCHECH.

182) **Morin** (Neuchâtel). **Zur Schilddrüsentherapie.** *Therapeut. Monatsh. 1895. November.*

Tuberkulöse haben gewöhnlich eine atrophische Schilddrüse, in einigen von M. beobachteten Familien haben die gesunden Mitglieder eine Struma, die mit phthisischem Habitus eine sehr kleine Thyreoidea.

Bei beginnender Lungentuberkulose, bei tuberculösen Drüsen und bei noch nicht eiternden Knochentuberkulosen wurde die Zuführung von Schilddrüse gut ertragen und erzeugte eine gewisse Besserung. A. ROSENBERG.

183) **Dennig. Ueber das Verhalten des Stoffwechsels bei der Schilddrüsentherapie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 17. 1895.*

Die Veränderungen des Stoffwechsels bei der Schilddrüsentherapie sind nicht gleichgültig; obwohl Verf. aus seinen Befunden keine allgemeinen Schlüsse ziehen will, so meint er doch, es sei grosse Vorsicht geboten, und sollten die Thyreoidtabletten nicht Jedermann zugänglich sein. Bei einem fettleibigen Manne trat

nach Einnehmen von Thyreoidtabletten Herzklopfen und eine geringe Erhöhung der N-Ausscheidung auf; bei einem anderen trat sehr starkes Durstgefühl mit starker Vermehrung der Harnstoffmenge auf, in einem dritten Falle stieg die Stickstoffausgabe in excessiver Weise, um allmälig wieder abzufallen, auch trat vermehrte Wasserausscheidung auf. Der Verfasser nahm nun selbst Tabletten und hatte ausser einer Abnahme des Körpergewichts um $5^1/_2$ kg Zucker im Harne, doch ohne Polyurie oder Durstgefühl. SCHECH.

184) **Redact. Notiz. Die Gefahren der Schilddrüsenverfütterung. (The dangers of thyroid feeding.)** *N. Y. Med. Record. 30. November 1895.*

Anknüpfend an Eulenburg's Bericht über einen Fall, bei dem nach Einnehmen von 6 Thyreoidtabletten täglich schwere nervöse und Herzsymptome eintreten, wird vor dem Gebrauch von Schilddrüsenpräparaten zu Entfettungscuren u. a. ohne ärztliche Anordnung und Controle gewarnt. LEFFERTS.

185) **S. Fränkel** (Wien). **Thyreoantitoxin, der physiologisch wirksame Bestandtheil der Thyreoidea.** Aus Prof. Dr. E. Ludwig's chemischem Institut. — *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 48.*

Aus getrockneter Schafschilddrüse wurde ein Extract bereitet, aus welchem durch Essigsäure die Eiweisskörper, Nucleoalbumine ausgeschieden wurden. Das Filtrat erzeugte bedeutende Gewichtsabnahme (bei dem Experimentator selbst täglich um 300 g). Aus diesen Filtraten schied Fr. eine krystallinische Substanz ab, welche die Formel $C_6H_{11}N_3O_5$ zeigte. Dieses Thyreoantitoxin ist die wirksame Substanz der Schilddrüse; sie erwies sich bei jungen Katzen nach Exstirpation der Schilddrüsen ebenso wirksam als die Schilddrüsensubstanz; klinische Prüfung steht noch aus. Näheres im Original. CHIARI.

g. Oesophagus.

186) **H. D. Rolleston** (London). **Erweiterung des Oesophagus. (Dilatation of the oesophagus.)** *British Med. Journal. 7. December 1895.*

Demonstration des Präparats vor der Pathological Society of London am 3. December 1895. Dasselbe stammte von einem 8jährigen Knaben, der nach 6wöchentlichem Erbrechen, welches einem Anfall von Keuchhusten folgte, starb. Bei der Obduction enthielt der erweiterte Oesophagus eine gewisse Quantität von Speisen. Die Muskelschicht war hypertrophisch; sonst wurde nichts Pathologisches im Körper gefunden. Der Vortragende meinte, dass dieser Fall nicht die Ansicht Sir Morell Mackenzie's unterstützte, dass dieser Zustand die Folge allgemeiner Schwäche des Rohres sei, angesichts der Thatsache, dass die Muscularis hypertrophisch sei. Da sich keine organische Structur der Cardia fand, so müsse man an eine functionelle Störung denken. R. meinte ferner, dass ein permanenter Krampf der circulären Fasern ausser Frage sei, da keine ringförmige Hypertrophie

vorhanden sei, und glaubte, dass der Verschluss der Cardia die Folge von Inhibition der Längsfasern sei, deren Contraction das normale Mittel der Erweiterung dieser Oeffnung bilde. Bemerkenswerth sei, dass ein Bruder des Knaben ebenfalls an Erbrechen nach Scharlachfieber gestorben sei, und dass auch ein Oheim an Erbrechen zu Grunde gegangen sein solle. Dies deute auf einen nervösen Ursprung des Leidens hin. Bei dem Bestehen einer nervösen Prädisposition sei der Keuchhusten die excitirende Veranlassung gewesen.

SEMON.

187) **Rosenheim. Beiträge zur Oesophagoskopie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 50.*

R. theilt 18 Krankengeschicten mit von Oesophaguscarcinomen mit den betreffenden oesophagoskopischen Befunden. Eine Wiedergabe derselben im Referat ist unmöglich.

LANDGRAF.

188) **W. Körte I. Ein Fall von Gastrostomie wegen Fremdkörpers in einer tiefen Oesophagusstrictur mit Demonstration von Verengerungen und Fremdkörpern der Speiseröhre. II. Demonstration einer mittelst der v. Hacker'schen Methode behandelten Aetzstrictur der Speiseröhre. III. Oesophagotomia externa wegen Zahnplatte. IV. Zahnplatte im Oesophagus. V. Denkmünze von Fünfmarkstückgrösse nach 18tägigem Verweilen aus dem Oesophagus extrahirt. VI. Nickelmünze (10 Pf.) aus dem Oesophagus eines $2^1/_2$jährigen Kindes nach 3wöchentlichem Verweilen extrahirt. VII. Metallschraube. VIII. Blechstücke in Ankerform bei Kindern aus der Speiseröhre entfernt. IX. Präparat einer Gastrostomie mit Schrägfistel nach Witzel, wegen Oesophaguscarcinom angelegt.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 20.*

Kurze Referate aus dem Chirurgenkongress.

LANDGRAF.

IV. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Garnault. Die Physiologie, Hygiene und Behandlung der Sprech- und Singstimme. (Physiologie, Hygiène et Therapeutique de la Voix parlée et chantée.) Paris. A. Maloine. E. Flammarion. 1896.

In einer Reihe von 12 Vorlesungen über die Physiologie, Hygiene und Therapie der Sprech- und Singstimme versucht der Verf. seine Zuhörer mit der Theorie der Acustik, der Physiologie des Sprachorgans und mit den Krankheiten, denen Redner und Sänger ausgesetzt sind, bekannt zu machen. Er empfiehlt das Studium dieser Gegenstände allen, denen die Pflege vocaler Kunst obliegt, ganz be-

sonders aber den Gesangslehrern; er verhehlt sich dabei nicht, wie wenig Sänger sowohl wie Lehrer geneigt sind, auf Fragen näher einzugehen, die in wissenschaftlicher Form sich darstellen. Auf diese Apathie derjenigen Kreise, die vielmehr ein besonderes Interesse dafür haben sollten, führt Verf. es in erster Linie zurück, dass die Gesangskunst stationär in ihrem Zustand verharrt und nicht, wie alle andern Künste, aus den modernen Entdeckungen Nutzen gezogen hat. Wenn wir nun auch die leider zu offensichtliche Thatsache, dass die Gesangskunst zur Zeit nicht gerade in Blüthe steht, zugeben, so erscheint es uns doch mehr als zweifelhaft, ob es der Mangel an wissenschaftlicher Einsicht ist, dem die Schuld daran zufällt. Ohne Zweifel nimmt Dr. Garnault an, dass die Gesangskunst ähnlich der Chemie oder der Medicin unbegrenzten Fortschritts fähig ist. Die Sachlage ist aber bei diesen eine andere. Die technischen Hülfsmittel des Sängers sind fest begrenzte und die Natur hat das ganze Gebiet, das hier cultivirt werden soll, für immer mit engen Schranken umgeben. Niemand kann seine Stimme bessern oder die Kraft und Biegsamkeit derselben ausdehnen über gewisse festliegende Grenzen hinaus, die bereits vollkommen erforscht sind, und thatsächlich handelt es sich oft für den Sänger nur darum, wiederzugewinnen, was verloren worden ist.

In dem letzten Jahrhundert und der ersten Hälfte des jetzigen erreichte die Gesangskunst ihren höchsten Stand und ihre besten Wirkungen. Wer dies leugnen oder bezweifeln will, der sehe sich nur einmal die Musik an, die für die Sänger jener Zeiten geschrieben wurde. Der blosse Name von einigen derselben: Pasta, Grisi, Alboni, Sontag, Malibran, Jenny Lind, David Pellegrini, Tamburini, Garcia, Mario, Rubini, erinnert uns, dass auch ohne die Hülfe der Wissenschaft der Gesang in Blüthe stehen kann. Wenn wir den Einfluss der modernen Composition bei Seite lassen, darf ein Hauptgrund für das Heruntergehen der Gesangskunst darin gesehen werden, dass die Sänger selbst seltener als früher Gesang lehren. In früheren Zeiten wurde ein grosser Sänger gewöhnlich, wenn er seine Stimme verloren hatte, ein grosser Gesangslehrer, und der Unterricht lag in den Händen, denen er zukam. Jetzt unterrichtet ein beliebiger Jedermann, oft genug ein Herr Soundso, der sonst nirgends Platz fand und dem es an Fähigkeiten für eine Stellung, die ein Examen erfordert, gebricht. Und selbst wenn Musiker Gesangslehrer sind, so sind es doch selten diejenigen, die eine grössere Erfahrung und Uebung in der Kunst besitzen. Da ist keiner im ganzen Orchester, der es nicht übernähme, ein paar unglückliche Schüler irre zu leiten, und der Schläger der grossen Trommel dünkt sich ein so guter Gesangslehrer, wie nur irgend einer. Würde ihnen plötzlich die seltene Gabe der Selbsterkenntniss zu Theil, sie riefen wohl mit dem Soldaten in der Grossherzogin von Gerolstein: „Also Schulmeister? Gut! Nun will ich lesen lernen.“

Man schliesse indess nicht aus diesen Bemerkungen, dass der Schreiber dieser Zeilen etwa Gegner der von Garnault im vorliegenden Buch empfohlenen Studien wäre. Diese sind vielmehr für gewisse Zwecke unschätzbar. Sie befähigen den Lehrer, der sie wirklich beherrscht, die jugendliche Stimme zu entwickeln und die angegriffene wieder auszubessern mit einer Sicherheit, welche der Instinct allein nicht zu verleihen vermag. Aber an sich allein werden sie niemand zum Gesangskünstler machen.

Doch zurück zu unserem Buche. G. beginnt die Vorlesung über die Acustik mit einer Reihe sehr interessanter Experimente, welche die Versuche des verstorbenen Tyndall illustriren und ergänzen. In der ersten Vorlesung macht er den Leser mit dem Gebrauch des Laryngoskops*) bekannt; in der zweiten bespricht er den Mechanismus der Athmung, dann geht er zum Studium der Anatomie des Stimmorgans und der mit dem Sprachapparat in näherem oder entfernterem Zusammenhange stehenden Organe über. An einem auseinandernehmbaren Pappmodell werden die mitgetheilten Daten aufs Klarste veranschaulicht.

Mit besonderer Aufmerksamkeit soll der Schüler die Abschnitte über den Athemmechanismus und über die Anatomie des Kehlkopfs lesen. Im Laufe dieser Vorlesung führt Garnault auch die Experimente von J. Müller an, welche erweisen, dass „der Ton entsteht in der Höhe der unteren Stimmbänder". G. erkennt das Interesse dieser Versuche zwar an, leugnet aber ihre Bedeutung für den „natürlichen Mechanismus der Phonation". Selbst wenn man dies zugiebt, muss doch gesagt werden, dass G.'s Anerkennung gegenüber den Entdeckungen Müller's ein wenig kärglich ist. Denn Müller allein hat erwiesen, dass die Lippen der Glottis die einzigen Erzeuger jedes Tones sind, und er auch, kein anderer hat die wahre Theorie des Brust- und Falsettregisters erkannt.

Der Verf. geht dann dazu über, im allgemeinen zu erklären, wie durch die Thätigkeit der inneren Kehlkopfmuskeln die Stimmbänder bald stärker bald schwächer gespannt sind, wie sie sich verlängern und verkürzen, verdicken und dünner werden; alles dies ohne Beziehung zu der Wirkung auf die Registerbildung.

Bis vor Kurzem noch war es allgemeine Anschauung aller Musiker und auch jetzt nehmen die Männer der Wissenschaft es an, dass die menschliche Stimme aus 3 verschiedenen Registern von besonderer Klangfarbe und Höhe sich zusammensetzt. Die Namen derselben, „Brust-, Falsett- oder Mittellage und Kopfregister", die zwar unwissenschaftlich sind aber doch die Dreitheilung gut zum Ausdruck bringen, entsprechen durch einen glücklichen Zufall den drei Modificationen der Stimmlippen, durch die die 3 Register producirt werden.

Was Garnault bestimmt hat, die Eintheilung der Stimmen nach Behnke und die mehr merkwürdige als wissenschaftliche Nomenclatur dieses Autors sich anzueignen, ist nicht leicht zu sagen; er hat damit den an sich nicht leicht zu verstehenden Gegenstand nur noch mehr verwirrt und erschwert. Diese Nomenclatur, die er später im Capitel über die Physiologie der Resonanzorgane verwendet, ist folgende:

Registre epais	superieur inferieur	Registre mince	superieur inferieur	Petit registre notes inconstantes

*) G. führt auf die Erfindung des Kehlkopfspiegels die grossen Fortschritte zurück, welche die Theorie der Stimmbildung gemacht hat. Die Erfindung selbst schreibt er dem Tenor Garcia zu, der bereits gestorben war, als sie gemacht wurde! Die Erfindung gehört dem Verf. des gegenwärtigen Referates Manuel Garcia, geboren 1805, dem Bruder, nicht Vater der gleichnamigen bekannten Damen.

Diese Register gewinnen ein neues Interesse durch die Art ihrer Vertheilung unter die verschiedenen Stimmen. Nach G.'s Schema ist die Vertheilung folgende:

3 Register für Männer und 5 für die Frau. Wenn Dr. Garnault überzeugt ist, wie er es doch in seiner Behnke (der sie wieder wo anders*) entlehnt hat) entlehnten Definition des Wortes Register thut, dass jedes Register das Product eines einzigen Mechanismus ist, wie kann er dann annehmen, dass die Natur ganz planlos 3 Register den tiefen Stimmen und den hohen 5 zutheilt? Und dann, was autorisirt denn Behnke oder Curven, die Register ganz nach ihrem Belieben einzutheilen und zu vervielfachen? Heisst das nicht annehmen, dass die Natur den muskulären Apparat aus reiner Laune vermehrt oder unterdrückt? Und wenn dem so ist, auf welcher Basis ruht dann die wissenschaftliche Erforschung dieser Dinge?

In der Vorlesung über die Physiologie der Stimme setzt G. seinen Hörern die Function von Brust, Lungen, Trachea, Pharynx, Mund, Nase und Ventrikeln beim Brüllaffen und Frosche sowohl, wie beim Menschen auseinander; er erklärt, wie diese Resonanzhöhlen auf die Intensität, den Umfang, das Timbre und bis zu einem gewissen Punkte selbst auf die Höhe des Tones einwirken. Die Vocale stehen ebenfalls selbstverständlich ganz unter dem Einfluss dieser Höhlen. Fügt man dieser doch schon ziemlich gemischten Zusammenstellung noch das weitere complicirende Element der Bewegungen des Kehlkopfes hinzu, dann versteht man wohl, dass die Frage der Resonanzverhältnisse dem Physiologen zwar hochinteressant sein mag, für den Sänger aber, dem über allem der practische Nutzen zu stehen hat, wenig Werth besitzt.

Le moindre grain de mil
Serait bien mieux son affaire.

Wenn die Wirkung des Larynx und die des Pharynx in ihrer Combination zur Hervorbringung des Tontimbres erklärt wären (1), ohne die ganze Masse der anderen Fragen mit hineinzuziehen, hätten die Sänger vielmehr aus der Darstellung gewonnen.

In der weiteren Kapiteln bespricht Verf. des Längeren die Frage der Athmung und giebt dabei sehr nützliche Winke bezüglich des Athemmodus und der Athemübungen, der Vorsichtsmassregeln, die dabei zu beobachten, und der Gefahren, die zu meiden sind. Er beschuldigt in diesem Punkte die Gesangslehrer der Nachlässigkeit und die Redner zu grosser Sorglosigkeit. So fundamental und wesentlich die Athmung auch ist, so wird ihr seiner Ansicht nach doch nicht genügende Aufmerksamkeit zugewendet. Daraus entstehen mehr oder weniger schnell Veränderungen in den Phonationsorganen und auch Störungen der allgemeinen Gesundheit, die Verf. aufführt. Zwischen der nasalen und der Mundathmung zieht er die erstere vor, die zweite wird oft zur Ursache asthmatischer

---

*) Traité complet de l'art du chant par Manuel Garcia. 1841.

Beschwerden. Den Sängern empfiehlt er kurze und häufige Athemzüge durch die Nase, was ohne Zweifel ein für sehr viele Fälle nützlicher Rath, aber kaum eine allgemein anwendbare Regel ist.

Im 8. Kapitel beginnt der Verf. eine lange Discussion, um zu erweisen, was andere bereits vor ihm thaten, dass die Namen „Brust- und Falsettstimme" incorrect sind und besser durch die Bezeichnungen Registre épais und R. mince ersetzt werden. In gleicher Weise bezeichnet er den Ausdruck „Mittellage" als irrig. Es ist dies gar nicht eigentlich ein Register, „sondern eine Serie von Tönen, die in die mittleren Partien des Stimmgebietes fallen" (p. 212). Giebt es denn Töne, die unabhängig sind von einem Register! Was soll denn das Wort Register überhaupt noch bedeuten? Der Autor vermeidet hier ein Loch, um in ein tieferes zu fallen. „Dieses Register", sagt er, „resultirt aus Combinationen, die wir weiter unten unter der Ueberschrift gemischte Stimme studiren werden, zwischen den Mechanismen des Registre mince inférieur und des Registre épais supérieur." Das ist dann ein 6. Register zu den 5 anderen. Hat der Verf. im Kehlkopfspiegel diese Mischung und die besondere Combination, die sie hervorbringt, beobachtet? Der Mann der Wissenschaft scheint hier die Wissenschaft zu belächeln.

Wenn Verf. versucht (p. 213), „die zwischen den Mechanismen der verschiedenen Register bestehenden Differenzen scharf zu fassen", ist er dann sicher (angenommen selbst, dass der Larynx allen diesen Beobachtungen sich willig hingiebt, was er G.'s eigenen Geständniss nach nicht thut), dass er sich nicht irrt und dass er verschiedenene Register erkennt, wo wahrscheinlich nur eine Differenz in der Klangfarbe bei ein und demselben Register vorliegt. Das folgende Räsonnement (p. 214) erweckt doch Zweifel an seiner Sicherheit: „man beobachtet bei Bassstimmen zwei verschiedene Register, das R. épais inferieur und das R. épais supérieur, die aber, richtig ausgedrückt, vielmehr zwei Abtheilungen eines Registers, des R. épais, sind."

Wir wollen damit einhalten, ohne den weiteren zahlreichen Speculationen des Verf.'s zu folgen. Der Inhalt des Buches ist zwar nicht original, aber darum nicht weniger interessant und für die, denen das Werk zugedacht ist, von grossem Nutzen. Es wäre zu wünschen, dass der physiologische Theil knapper und objectiver gefasst wäre; er würde an Klarheit und Präcision entschieden gewonnen haben. Diese Kritik trifft indess weniger den Verf., als den Mann, den er sich zum Führer erwählt hat; in diesem aber (Behnke) sehen wir, so geschickt er auch ist, ein Opfer seiner Systeme. Sobald G. dem Gebiete der Hygiene sich zuwendet und den Krankheiten der Sänger und Redner, steht er sicher auf eigenem Gebiete und jedes seiner Worte verdient Beachtung. Wir empfehlen diese Abschnitte den Lesern.

Manuel Garcia.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XII. Berlin, August. 1896. No. 8.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente etc.

1) **Jonathan Wright. Kritische Besprechungen über neuere Erscheinungen auf dem Gebiete der laryngologischen und rhinologischen Literatur. (Some critical and desultory remarks on recent laryngological and rhinological literature.)** *N. Y. Med. Journal. 8. Februar 1896.*

Der Artikel bildet eine Fortsetzung der kritischen Besprechungen W.'s, deren wir in dieser Zeitschrift bereits mehrfach gedacht haben. Wir gehen auf den Inhalt nicht näher ein. Die Arbeiten selbst, die der Verf. bespricht, sind unseren Lesern ja bekannt, und die Kritik, die oft scharf ist, giebt schliesslich nur die persönlichen Anschauungen W.'s wieder. LEFFERTS.

2) **A. Sokolowski. Differentielle Diagnostik der Krankheiten der oberen Luftwege. (Dyagnostyka rózniczkowa choréb wewnetrznych przez Dr. Bieganskiego — wydanie drugie, powiekszone dodatkiem czeeci I.: „choroby górnego odcinka dróg oddechowych", przez Dr. A. Sokolowskiego.)** Warszawa. 1896.

In der Diagnostik der inneren Krankheiten von Dr. Bieganski ist vom Ref. in der ersten Abtheilung auf 124 Seiten in knapper Form die differentielle Diagnostik der Krankheiten der Nase, des Nasenrachenraumes, Kehlkopfes und der Trachea systematisch bearbeitet. Autoreferat.

3) **Thiéry. Die Tracheotomie mit nachfolgender directer Lufteinblasung in Fällen von schwerer Asphyxie während der Narkose. (De la tracheotomie suivie d'insufflation directe dans les cas graves d'asphyxie au cours de l'anesthésie.)** *Gaz. des hôpit. 10. October 1895.*

Bei einer Kranken, bei der die Tracheotomie wegen Kehlkopfödems vorbereitet wurde, trat im Anfang der Chloroformnarkose Asphyxie mit Cyanose ein. Es wurde schleunigst tracheotomirt; die Athmung aber steht still, die Kranke ist ohne Leben, sie sieht wie todt aus. Es wird Luft in die Trachealöffnung direct

eingeblasen, worauf unter Ausstossung geronnenen Blutes ganz allmälig die Pat. zum Leben zurückkehrt.
A. CARTAZ.

4) **Louis Lewis. Athemhindernisse. (Embarassed respiration.)** *Medical Times and Register. 1. Februar 1896.*

Aufzählung der verschiedenen Ursachen von Dyspnoe.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

5) **Hemmerich. Ueber eosinophile Zellen in Schleimpolypen.** Dissertation. Würzburg. 1895.

H. hat im Laboratorium des Referenten 30 Schleimpolypen (Fibr. oedematos.) untersucht und in der Mehrzahl derselben einen grossen Reichthum an eosinophilen Zellen gefunden. Er kommt zu der Annahme, dass diese eosinophilen Zellen keine localen Gebilde sind, sondern durch die Blutbahn zugeführt werden. Von den Gefässen aus scheint die Strömung nach dem Epithel hinzugehen, zum Durchtreten durch dasselbe scheinen jene Stellen, welche vielleicht infolge eines constant auf sie ausgeübten Druckes mit einem weniger starken Epithel versehen sind, am geeignetsten.
SEIFERT.

6) **Laurens. Die Localanästhesie durch Guajacol-Oel in der Ohren-, Nasen- und Kehlkopf-Heilkunde. (Anesthésie par l'huile gaiacolée en otologie, rhinologie et laryngologie.)** *Annales des malad. de l'oreille du larynx etc. No. 1. Januar 1896.*

Der Verf. berichtet über die Ergebnisse seiner Versuche mit Guajacolöl als localem Anästheticum. Er zieht den Gebrauch einer Lösung von Guajacol in reinem Oel in gewissen besonderen Fällen dem Cocain vor. Auch als schmerzstillendes Mittel bei acuten Anginen bewährte sich das Medicament ausserordentlich.
E. J. MOURE.

7) **Grassmann. Zur Casuistik der acuten Cocainvergiftung.** *Münchener medic. Wochenschr. No. 6. 1896.*

Vergiftung durch Einlegen von mit Cocain getränkten Bäuschchen in das Zahnfleisch wegen Periostitis bei äusserst bedenklichen Eiterungen trat schon nach 5 Minuten auf nach Resorption einer Dosis von etwa 0,05; möglicherweise handelt es sich um eine cumulative Wirkung.
SCHECH.

8) **Eduard Anderson. Ersatz für Gurgeln. (The passing of the gargle.)** *Maryland Medical Journal. 29. Februar 1896.*

Verf. empfiehlt die dampfförmigen Medicationen an Stelle des Sprays oder Gurgelwasser.
FROTHINGHAM (LEFFERTS).

9) **H. Dudley Young. Ein gedeckter Chromsäure-Applicator. (A shielded chromic acid applicator.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 23. Januar 1896.*

Eine platte Sonde, am Ende in Ausdehnung von etwa 1 cm rauh, in eine elliptiforme Röhre eingeschlossen; daran ein Handgriff, von dem aus durch Druck mit dem Mittelfinger die Bewegung der Sonde geleitet wird.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

10) **Gellé. Indicationen für die kalte Schlinge. (Indications de l'anse froide.)** *Tribune méd. 29. Mai 1895.*

Nichts Neues. A. CARTAZ.

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **Claoué. Nasale Athmung beim Soldaten. (Respiration nasale chez le soldat.)** *Arch. de Méd. et de Pharm. militaires. No. 7. Juli 1895.*

Dem Ref. nicht zugänglich. A. CARTAZ.

12) **J. P. Clark. Der Zustand der Nase bei Phthisikern. (Condition of the nose in phthisical patients.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 3. Oct. 1895.*

Bei einer Untersuchung der Nasen von 100 nicht-phthisischen Patienten fanden sich die Nasenmuscheln bei 56 normal; der Rest zeigte einen gewissen Grad von Atrophie. Von 100 Phthisikern boten 73 etwas Atrophie dar. Bei der grossen Mehrzahl existirte wahrscheinlich die Atrophie bereits vor dem Lungenleiden, und dann war sie für dieses wohl nicht bedeutungslos. Verf. fordert darum bei allen auf Phthise Verdächtigen Untersuchung der Nase, und wenn irgend welche pathologische Veränderungen sich finden, geeignete Behandlung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

13) **O. B. Douglas. Moderne Behandlungsmethoden für Hals- und Nasenkrankheiten. (Modern methods of treating diseases of the nose and throat.)** *N. Y. Med. Journal. 26. October 1895.*

Wir führen aus den zahlreichen und werthvollen Directiven für die Behandlung, die der Aufsatz enthält, folgende Stellen an: „Nicht 2 Nasen sind in ihrem Inneren ganz gleich, so wenig wie sich 2 Gesichter völlig gleichen.“ „Ich bin überzeugt, dass eine hypertrophische mittlere Muschel mehr Störungen und mehr Leiden, directe und entfernte, verursachen kann, als irgend ein anderer Körpertheil gleicher Grösse.“ „Adenoide Wucherungen — eine Secundärerkrankung des Kindesalters — müssen mit Zange oder Curette unter Anwendung eines Anästheticums entfernt werden. Vergrösserte Gaumenmandeln zu entfernen, ist weniger wichtig, wichtiger ist, ihre Ursache zu heilen. Ich fand es selten nöthig, die Mandeln auszuschneiden, und zog es gewöhnlich vor, die Reizursache zu beseitigen. Die Krankheit liegt oft gar nicht in den Tonsillen; den eigentlich Schuldigen soll man treffen, nicht sein Opfer.“ LEFFERTS.

14) **Thomallee. Die Behandlung der Coryza mit Rhinalgin.** *Aerztl. Rundschau. 1895. No. 29.*

Ref. nicht zugänglich. A. ROSENBERG.

15) **Vohsen. Behandlung der Rhinitis.** *Zeitschrift f. ärztl. Landpraxis. 1895. No. 5.*

Ref. nicht zugänglich. A. ROSENBERG.

16) **Fink** (Wien). **Schnupfen der Kinder.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. 1895. No. 26.*

Redactionelles Referat über F.'s Arbeit in Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandlungen u. s. w., H. 2.

CHIARI.

17) **Weintraub** (Laa a. d. Thaya, Niederösterreich). **Ueber einen Fall von Rhinitis chronica.)** *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 45.*

W. sah eine umschriebene Hypertrophie der unteren Nasenmuschel auf Einspritzungen von 1prom. Lösung von Kalium hypermang. in 4 Wochen zurückgehen und warnt daher vor unnöthigen Operationen. Diese Geschwulst lässt er durch Druck von Schleim in den oberen (soll heissen hinteren) Antheilen der Nasenhöhle entstehen. Der ganz unklar beschriebene Fall, sowie die Bemerkungen über Aetiologie zeigen den gänzlichen Mangel an fachmännischer Schulung.

CHIARI.

18) **Abel** (Greifswald). **Die Aetiologie der Ozaena.** *Zeitschr. f. Hygiene. XXI. 1. 1895.*

Nach den Untersuchungen von A. ist die Ozaena eine Infectionskrankheit, deren Erreger in dem Bacillus mucosus ozaenae zu suchen ist, welcher dem Pneumobacillus nahe steht, aber von demselben durch bestimmte Merkmale zu unterscheiden ist; dieser Bacillus findet sich in jedem Stadium des Processes stets in dem eigenartigen Secrete vor, in die Schleimhaut selbst scheint er nie einzudringen. Mit dem Abheilen des Ozaenaprocesses verschwindet er aus der Nase. Es gelang in einem Falle, durch Einbringen von Reinculturmaterial dieses Bacillus in die gesunde Nase, in dieser die ersten Stadien des Ozaenaprocesses hervorzurufen und damit dessen ätiologische Bedeutung noch besonders zu erhärten. Die im Verlaufe der Ozaena sich einstellende Schleimhautatrophie ist zum Theil durch die Einwirkung giftiger Stoffwechselproducte des Bacillus auf die Schleimhaut hervorgerufen zu denken, zum Theil als Druckatrophie in Folge des durch die Borken und das verhornende Schleimhautepithel ausgeübten Druckes zu erklären. Die im Verlaufe mancher Fälle von Rhin. atroph. bacillaris sich einstellende fötide Zersetzung des Secretes ist auf die Thätigkeit anderer, näher zu studirender Mikroorganismen zurückzuführen, die sich secundär in den Secretmassen ansiedeln.

SEIFERT.

19) **E. Poulsson** (Christiania). **Ein Fall von Hydrorrhoea nasi. (Et Tilfälde af Hydrorrhoea nasi.)** *Norsk. Mag. f. Laegevidenskaben. 1895. 441.*

Ein sehr interessanter Fall von anfallsweise auftretender Hydrorrhoea nasalis bei einem 30jährigen Manne, der seit seinem 12. Jahre an dieser Krankheit litt. Die Anfälle dauern gewöhnlich 2—3—4 Tage und stellen sich ungefähr jede zweite Woche ein. Die Anfälle fangen mit Niesen an; ein wasserhelles, dünnflüssiges Secret rinnt unaufhörlich aus der Nase, und das Arbeiten ist dem Pat. unmöglich. Während der Attake wird ungefähr ein Liter Flüssigkeit secernirt. — Die Nase bot keine besonderen pathologischen Veränderungen dar (Uchermann), und eine locale Behandlung hatte gar keinen Einfluss auf die Krankheit. Da-

gegen war es möglich, die Krankheitsattaken mittelst 8—10 Tropfen $^1/_{10}$ procent. Lösung von Atropin (innerlich genommen) zu coupiren. SCHMIEGELOW.

20) **F. Rueda** (Madrid). **Hydrorrhoea nasalis. (Hidrorrea nasal.)** *Archivos latinos de Rinologie, Laringologie, Otologie etc. 1895. März.*

Eine 23jährige verheirathete Frau stellt sich mit der Klage vor, dass sie schon seit $1^1/_2$ Monat an ausserordentlich massenhaftem wässerigem Nasenfluss leidet, im Uebrigen ist sie ganz gesund; nur ist ihre Menstruation ausgeblieben. Verf. bemüht sich, die Schleimhaut trocken zu tupfen; die Flüssigkeit sickert aber sogleich wieder in Tropfen hervor; darauf Betupfung mit 4procent. Höllensteinlösung. Genau einen Monat später kommt die Frau wieder und giebt an, dass der Fluss damals nachgelassen und jetzt von neuem begonnen habe. Abermalige Betupfung mit der Silbersalpeterlösung. Fünf Wochen nachher kommt die Pat. abermals und macht dieselbe Angabe; die Menstruation war noch nicht wieder erschienen. Neue Betupfung mit derselben Flüssigkeit, und die Kranke lässt sich nicht wieder sehen. SENTIÑON.

21) **W. M. Capp. Zur Localbehandlung beim Heufieber. (About local treatment in hay fever.)** *Philad. Polyclinic. 12. October 1895.*

Locale Applicationen sollen mit einer Sonde vorgenommen werden, und zwar genau auf die Stelle, die man behandeln will. Die gesunde Schleimhaut soll nicht belästigt werden und darum sind Sprays nicht zweckmässig.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

22) **M. Collier. Zwei Fälle von starker Trigeminus-Neuralgie nasalen Ursprungs. (Two cases of severe trigeminal neuralgia due to nasal disease.)** *Lancet. 13. Juli 1895.*

In dem einen Falle hatte die Neuralgie seit 12 Jahren bestanden. Es bestand bei der Patientin eine Affection der mittleren Nasenmuschel. Nach Operation mit der kalten Schlinge Heilung der Neuralgie. In dem zweiten Falle, der auch eine Frau betrifft, war ebenfalls die mittlere Muschel afficirt; Operation; Heilung. ADOLPH BRONNER.

23) **P. Müller** (Stassfurt). **Salzstaub als Ursache des Ulcus perforans septi narium.** *Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medic. 3. Folge. X. 2.*

Unter den schädlichen Folgen des Salzstaubes (Chlornatrium, Chlorkalium, Chlormagnesium) haben am meisten zu leiden die Salzmüller und -Verlader. Von 165 solchen Arbeitern hatten 69 gesunde Nasenschleimhaut, 45 Katarrh der Nasenschleimhaut, 9 frische Geschwüre an der Scheidewand, 42 alte Perforationen, von denen ein Theil noch nicht ganz vernarbt war. Geschwüre an anderen Regionen der Schleimhaut hat M. nie gefunden. Es handelt sich also hier um eine Gewerbekrankheit der Salzmüller. SEIFERT.

24) **Lacoarret. Zwei Fälle von perforirendem Geschwür der Nasenscheidewand. (Deux cas d'ulcère perforant de la cloison nasale.)** *Annal. de la Policlin. de Toulouse. No. 9. November 1895.*

Beim ersten Fall bestand gleichzeitig ein Herpes am Naseneingang, beim zweiten eine Verbiegung des Septums. E. J. MOURE.

25) **Tissier. Lupus der Nasenscheidewand. (Lupus de la cloison nasale.)** *Province méd. 2. Februar 1895.*

Dem Ref. nicht zugänglich. A. CARTAZ.

26) **Hicguet. Beobachtungen von tuberculösen Geschwülsten der Nasenscheidewand. (Observations de tumeurs tuberculeuses de la cloison nasale.)** *La Policlinique. No. 10. 1895.*

H. hat 6 Fälle von Nasenscheidewandgeschwülsten beobachtet, bei allen war eine lupöse Hautaffection vorhanden; 4 dieser Tumoren waren halbseitig und verlegten den betreffenden Nasengang, sodass die Luft nicht mehr passiren konnte; sie hatten eine unebene mamelonnirte Oberfläche; Heilung mit zurückbleibender Perforation durch Auskratzen und Aetzen mit ClZn.

Bei den 2 anderen Fällen fand sich auf dem Nasenrücken eine granulirende Wundfläche, welche in Verbindung mit den zu beiden Seiten des Septum bestehenden Anschwellungen stand. Trotz Auskratzens des einen bis auf den Boden der Nasenhöhle Recidive; bei dem zweiten Falle, bei welchem die Anschwellung auf dem Nasenrücken pseudofluctuirend sich anfühlte, wurde ebenfalls trotz des Auskratzens keine Heilung erzielt. BAYER.

27) **Lacoarret. Tuberculöses Gumma der Nasenscheidewand. (Gomme tuberculeuse de la cloison nasale.)** *Annal. de la Policlinique de Toulouse. No. 5. Mai 1895.*

Der Fall betrifft eine 51jährige fromme Schwester, mit Perforation des Septums, Nekrose des Knorpels und pseudopolypösem Tumor im rechten Nasenloch; dabei Schwellung der Drüsen unterm Kinn; Curettement; schnelle Vernarbung.

E. J. MOURE.

28) **Weil** (Wien). **Papillom der Nasenscheidewand.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 34. 1895.*

Vorstellung einer 67jährigen Frau, der er ein haselnussgrosses echtes isolirtes Papillom der Nasenscheidewand entfernt hat. Dasselbe hatte seinen Sitz vorne oben an der Schleimhautgrenze des Septum und füllte fast die ganze rechte Nasenhälfte aus.

Der mikroskopische Befund besteht aus gefässreichen Papillen und Plattenepithel. Nur in der Tiefe der Einbuchtungen häufig geschichtetes Cylinderepithel. Keine Drüsen. Keine Entzündungserscheinungen.

Als Aetiologie wird Tabakrauchen angenommen. CHIARI.

29) **Koschier** (Wien). **Ueber Nasentuberculose.** Aus Störk's Klinik. — *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 36, 37, 39, 40, 41 u. 42.*

K. unterscheidet 3 Formen: 1. ausgebreitete flache Geschwüre bei tuberculösen Affectionen auch in anderen Organen; 2. Tumoren bei sonst gesunden Individuen; 3. Tuberculose der Knochen, die erst später auf die Schleimhaut übergreift. K. berichtet dann über 16 solche Fälle und 6 Fälle von Lupus ausführlich. 3 Fälle zeigten nur flache Geschwüre mit miliaren Tuberkeln; sie begannen ganz vorne unten am Septum und schritten auf dem Nasenboden weiter; die un-

tere Muschel wurde nur selten ergriffen. Immer war Kehlkopf und Lunge hochgradig tuberculös. Prognose sehr schlecht. 11 Fälle zeigten Tumoren meist am Septum; 1mal sass er hinten am Septum und füllte den ganzen Nasenrachenraum aus und 1mal am Rachendache. Sie bleiben oft lange ohne Zerfall und bestehen aus lymphatischem Gewebe mit zahlreichen typischen Tuberkeln, aber nur spärlichen Bacillen, meist in den Riesenzellen liegend. Der Process beginnt in dem lymphatischen Gewebe der Schleimhaut wahrscheinlich durch locale Infection.

2mal begann der Process als Periostitis der Nasenbeine mit Auftreibung der äusseren Nase und beider unteren Muscheln und Perichondritis septicartilag. mit consecutiver Geschwürsbildung der Schleimhaut und führte zu Nekrose von Knochen und Knorpel. Histologisch fand man Granulationsgewebe mit zahlreichen epitheloiden und Riesenzellen und vielen Bacillen. Der Verlauf war langsam.

Die 6 Fälle von Lupus waren nur auf die Schleimhaut beschränkt.

Die Therapie bestand in Exstirpation, theils durch Auskratzung, theils durch Excision. Bei der geschwürigen Form war der Erfolg nicht bleibend, da die gesetzten Wunden nicht heilten, und der Process weiterschritt. Bei den Tumoren war der Erfolg sehr günstig, wenn die Lungen nicht oder nur wenig betroffen waren, da die locale Heilung schnell erfolgte und Recidive selten waren. Bei der in Knochen und Knorpel beginnenden Form war eine totale Exstirpation nicht möglich, daher der Erfolg der Therapie gering.

Bei Lupus konnten Recidive nie verhindert werden.

Schliesslich betont K. hier, dass die geschwürige Form in Form und Verlauf dem tuberculösen Larynxgeschwür gleicht, die tuberöse Form dem tuberculösscrophulösen Lymphom und die Knochen- und Knorpeltuberculose in der Nase den tuberculösen Erkrankungen anderer Knochen und Knorpel entspricht. Details der sehr sorgfältigen Arbeit sind im Original nachzulesen. **CHIARI.**

30) **Helbing. Haematome der Nase.** Dissertat. Heidelberg. 1895.

Dem Ref. nicht zugänglich. **SEIFERT.**

31) **Mierendorff** (Stralsund). **Ueber die Osteome der Nasenhöhle.** Dissertation. Greifswald. 1895.

Ein in der vorliegenden Dissertation beschriebener Fall betraf eine 52jährige Frau, bei welcher ein Osteom aus der linken Nasenseite entfernt worden war. Dasselbe hatte seinen Ausgang vom Siebbein genommen, nach unten die Nasenhöhle sowie einen Theil des Antrum Highmori erfüllt, dazu die Knochendecke an der Nasenwurzel perforirt und war als haselnussgrosser knolliger Tumor im inneren Orbitalwinkel zum Vorschein gekommen. **SEIFERT.**

32) **E. Blawdsewicz** (Podolsk). **Ein Fall von Rhinoscleroma. (Slutschai rhinoscleromi.)** *Med. obosr. 1895. No. 14.*

In diesem Falle hatten Einreibungen mit einer 1proc. Sublimatlösung einige Dienste geleistet. **LUNIN.**

33) **Helme Sarcom der Nasenhöhle. (Sarcome des fosses nasales.)** *Union méd. 23. Februar 1895.*

Ein Uebersichtsartikel. A. CARTAZ.

34) **L. Mursin** (Moskau). **Ein Fall von Epithelioma nasi. (Slutschai Epithelioma nasi.)** *Med. obosr. 1895. No. 23.*

Die klinische Diagnose lautete Rhinoscleroma, die mikroskop. Epithelioma und Jodkali intern brachte Heilung. LUNIN.

35) **Hórbye** (Christiania). **Rhinolith.** Verhandl. d. med. Gesellsch. in Christiania. 1895. S. 52.

Der demonstrirte Stein wurde bei einem Manne von 50—60 Jahren entfernt. SCHMIEGELOW.

36) **W. Lunin** (Rostow). **Zur Casuistik der Rhinolithen. (K kasuistike rhinolitow.)** *Med. obosr. 1895. 19.*

Der eine Rhinolith hatte sich um einen Knopf gebildet, der etwa vor 20 Jahren in die Nase gelangt sein sollte. Dieser Rhinolith wog 6,6 Gramm. Beim 2. Pat. war der Rhinol. kirschkerngross. Beide Pat. hatten an starken Kopfschmerzen gelitten, die nach Entfernung der Rhin. schwanden. LUNIN.

37) **Calinescu si Potârca** (Bukarest). **Schwere traumatische mit beiderseitiger eitriger Otitis, Mastoiditis und Meningitis complicirte Epistaxis. Tod. (Epistaxis traumatic grav complicat de otita purulenta dublu, mastoidita si meningita supurate — morte.)** *Spitalul. 1895. No. 17.*

Ein 22jahriger Artilleriefeldwebel fällt am 21. Mai beim Aussteigen aus der Pferdebahn mit der Nase auf einen Stein. Wegen des starken fortwährenden Nasenblutens geht er am folgenden Tage ins Hauptlazareth, wo die Blutung erst nach einigen Tagen ganz zum Stillstand gebracht wird, dann aber unter Fieber sich die im Titel angegebenen Complicationen entwickeln, an denen der Kranke am 7. Juli zu Grunde geht. Die Section ergab über die ursprüngliche Verletzung keinen Aufschluss und die Verff. schreiben die Schwere und Hartnäckigkeit der Blutung der alcoholischen Diathese des Kranken zu. SENTIÑON.

38) **Lavrand. Fractur der Nasenknochen etc. (Fracture des os du nez . . . .)** *Journ. des scienc. méd. de Lille. 2. Februar 1895.*

Dem Ref. nicht zugänglich. A. CARTAZ.

39) **S. Delizin** (Petersburg). **Topographie und Chirurgie der Nasenhöhle. (Topographia i chirurgia nosowoi polosti.)** *Wratsch. 1895. No. 17.*

Ein kurzer Vortrag über die Topographie der Nasenhöhle und die verschiedenen Methoden, um sich die Nasenhöhle und den Nasen-Rachenraum zugänglich zu machen. Zur Entfernung von Geschwülsten aus der Nasenhöhle empfiehlt Vortragender den weichen Gaumen an der einen Seite zu durchschneiden, den harten in Verlängerung dieser Schnittlinie am Alveolarrande zu durchsägen und auf die andere Seite temporär umzuschlagen. Vortragender ist Prosector und hat diese Methode blos an Leichen geübt. LUNIN

40) **L. J. Hammond. Eine wirksame Operationsmethode zur Entfernung vom Boden der Nase aufsteigender knöcherner Verschlüsse. (An efficient mode of operating for the removal of osseous occlusions arising from the floor of the nose.)** *Philad. Polyclinic. 26. October 1895.*

H. erreicht das Operationsfeld durch Einschnitt unter der Lippe, welche vom Oberkiefer an der zu operirenden Seite der Nase abgelöst wird. Vom vorderen Naseneingang her gelingt die Operation nicht.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

41) **C. Seiler. Grössere Operationen in den Nasenwegen. (Major operations within the nasal cavities.)** *Maryland Med. Journal. 16. November 1895.*

Verf. operirt unter Cocain, ohne Narkose, wenn dies irgend möglich ist. Ist die Allgemeinnarkose unumgänglich, so wird zur Vermeidung des Herabfliessens von Blut in Pharynx und Larynx eine Methode gewählt, welche die vorherige Tracheotomie und auch die hintere Nasentomponade ersetzt. Diese Methode besteht darin, dass der Pat., der gründlich narkotisirt ist, auf dem Operationstisch auf den Bauch gelagert wird mit vorstehendem Kopf, das Gesicht nach vorn; den in horizontaler Lage befindlichen Kopf stützt ein Assistent mit der Hand, ausserdem hält ihn eine um die Stirn gelegte Bandage, die an einem Gurte, den der Pat. trägt, oder an dem Operationstisch fixirt ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

42) **Serenin** (Moskau). **Chronisch-hämorrhagische Entzündung der Highmorshöhle. (Chronitscheskoe gemorrhagitscheskoe wospalenie Highmorowoi polesti.)** *Med. obosr. 1895. No. 17.*

Das Empyem hatte 2 Jahre bestanden und zur Auftreibung der Wange, zum Exophthalmus und zum Verlegtsein der betreffenden Nasenhälfte geführt

Eröffnung von der Fossa canina. Die Höhle mit zerfallenden Blutgerinnseln und die Schleimhaut mit blutenden Granulationen besetzt. Heilung. LUNIN.

43) **S. Segal. Ein Fall von retrobulbärer Phlegmone. (Slutschai plegmonosnaivo wospalenija klettschatki glosnizi.)** *Med. obosr. 1895. 18.*

Die Entzündung war eine Folge eines Empyema sin. Highm., das seinerseits durch Zahncaries entstanden war. Schnitt am unteren Orbitalrande, Zahnextr., Durchspülung der Highm.-Höhle. Heilung. LUNIN.

44) **J. G. Dorsay. Postnasalcatarrh. (Post-nasal catarrh.)** *Kansas City Med. Record. Juni 1895.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

45) **Roth** (Wien). **Phlegmone des Retronasalraumes.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 34. 1895.*

R. berichtet über eine starke entzündliche Schwellung der Rachentonsille an einem 38jährigen Manne. Spontaner Durchbruch des Eiters am 8. Tage, hierauf Nachlass des Fiebers und der Schlingbeschwerden. Heilung in weiteren 8 Tagen, bei täglich einmaliger Bepinselung mit einer 2 proc. Lapislösung und

täglich 3 mal vorgenommenen Durchspritzung mit einer 2 proc. Borsäurelösung. Pat. hat öfter an Angina lacunaris gelitten. CHIARI.

46) **Berger. Nasenrachenraumpolypen. (Polypes naso-pharyngiens.)** *Semaine méd. 9. Januar 1895.*

Nichts Neues. LUC.

47) **Calot** (Berck). **Nasenrachenpolyp durch beiderseitige schräge Osteotomie entfernt. (Polype naso-pharyngien enlevé par l'osteotomie bilatérale oblique.)** *Soc. de Chirurgie. 2. Januar 1895.*

Der Polyp, dessen Natur histologisch nicht festgestellt zu sein scheint, wurde nach der Ollier'schen Methode exstirpirt. Da der Kranke somnolent war und in der Nacht Schreie ausstiess, glaubt Verf., dass der Polyp einen intracraniellen Fortsatz hatte. LUC.

48) **W. Rasumowski. Die temporäre Resection der Nase nach Ollier als vorbereitende Operation zum Entfernen von Geschwülsten aus der Nasen- und Nasenrachenhöhle. (Wre mennaja reserzia nosa po Ollier, kak predwaritelnaja operatia pri udalenii opucholei is polosti nosowoi u nosoglotoschnoi.)** *Wratsch. 1895. No. 6 u. 7.*

R. bediente sich der temporären Resection der Nase nach Ollier, 4 mal zur Entfernung von Geschwülsten aus der Nasenrachenhöhle und 2 als aus der Nasenhöhle.

Es gelang jedesmal, die Tumoren zu entfernen, theils mit der kalten, theils mit der heissen Schlinge. Der Stumpf wurde mit den Paquelin behandelt. Nach Beendigung der Operation Tamponade der betreffenden Höhlen und Annähen der Nase. Bei Operationen im Nasenrachenraum wurde erst die Tracheotomie gemacht und die Trachea nach Trendelenburg tamponirt.

Die Operations-Resultate waren in jeder Beziehung befriedigend.

LUNIN.

49) **Hopmann** (Köln). **Die adenoiden Tumoren als Theilerscheinung der Hyperplasie des lymphatischen Rachenringes und in ihren Beziehungen zum übrigen Körper.** *Bresgen's Samml. zwangl. Abhandl. aus d. Gebiete d. Nasen-, Ohren-Mund- u. Halskrankh. Heft 5 u. 6. 1895.*

H. definirt zuvörderst den Begriff „Hyperplasie des Mandelgewebes": „Die Noduli lymphatici sind vergrössert, wenn sie auf der Schleimhaut sichtbar, die Tonsillen, wenn sie als Wülste oder halbkuglige, kissenartige Vorsprünge bei der gröberen makroskopischen Untersuchung erkennbar sind". Es handelt sich gewöhnlich um eine Erkrankung des ganzen lymphatischen Apparates, und wenn wir sagen, der Kranke leidet an adenoiden Tumoren oder an Vergrösserung der Gaumenmandeln, so bezeichnen wir damit nur die Stellen stärkster Lokalisation. H. bespricht dann die verschiedenen Formen der Hyperplasie der Zungen-, Gaumen- und Rachentonsille. Bei allen Mandelgeschwülsten kann man eine weichere

bindegewebsarme und eine derbere mit fibrillären Zügen durchsetzte Art unterscheiden.

Die Erscheinungen, welche die Hyperplasie der lymphatischen Halsorgane im Kindesalter und in der Jugend verursachen, werden von der Gaumen- und Rachenmandel beherrscht; es sind primäre und secundäre, mechanische und entzündliche Störungen:

Störung des Schlafes, der Athmung, der Sprache, des Gehörs, des Schluckens, typischer Gesichtsausdruck, Wachsthumsanomalien des Oberkiefers u. s. w. Die durch den Druck der vergrösserten Drüsenmassen auf die venösen Gefässe und die Lymphgeflechte erzeugten Stauungen und die Neigung des folliculären Gewebes zu Congestionen und Entzündungen verursachen die entzündlichen Störungen, die von dem lymphatischen Körper auf die benachbarten Schleimhäute übergreifen: Pharyngitis, Hyperplasie der Velumschleimhaut, der Uvula, Otitis mit ihren Folgeerscheinungen, Hyperämie des Trommelfells, Rhinitis chronica, Beeinträchtigung des Geruchs und Geschmacks, Eczem des Naseneingangs, Nasenbluten, recidivirendes Erysipel, Rhinitis hyperpl. poster., Nasenpolypen, Conjunctivitis, Katarrhe des Larynx, der Trachea und der Bronchien, Dyspepsie, Kopfschmerz, Aprosexie; als Fernwirkungen treten zuweilen auf: eklamptische und epileptische Anfälle, Enuresis nocturna, Laryngospasmus u. a. m. Zu den Complicationen gehören Septumanomalien, kleine oder stenosirte Choanen, Lordose der Halswirbelsäule, retropharyngeale Drüsengeschwülste.

Das Grösserwerden der Spalten und Oeffnungen bewirken, dass nach der Pubertät die stenotischen Erscheinungen nachlassen: an ihre Stelle treten Entzündungen der Gaumenmandeln, Katarrh des Nasenrachens und Rachens, des Kehlkopfes und des Mittelohrs. Die kranken Tonsillen sind häufig die Eingangspforte für acute Infectionskrankheiten anderer Organe. Cysten, kalte Abscesse, käsige Massen, Mandelsteine u. a. m. sind verschiedene Ergebnisse und Formen der Rückbildung; ferner gehören hierher mit stinkendem Material gefüllte Eitersäcke in den Tonsillen der Hyperkeratosis Siebenmanns u. s. f.

Die Mehrzahl der Menschen, die an Mandelvergrösserung leiden, haben, wenn auch nicht diese selbst, so doch die Anlage dazu mit auf die Welt gebracht; sie kommt in allen Schichten der Gesellschaft vor. Die lymphatische Constitution ist in ihrer ungemein grossen Verbreitung eines der Degenerationszeichen des menschlichen Geschlechts.

Aetiologische Beziehungen zwischen Rachitis und adenoiden Tumoren werden mit grösserem Recht aufgestellt als zwischen diesen und Tuberkulose; die Syphilis hat keine hervorragende Bedeutung für die grosse Verbreitung der Rachenhyperplasien. Die Erkrankung der Tonsillen ist nicht als Scrophulose zu bezeichnen, wenn sie auch der Ausdruck einer lymphatischen Constitution ist.

Was die Operation der adenoiden Tumoren betrifft, so entferne man sie ganz und zwar verwende man die Narkose, sorge für bequeme Zugänglichkeit zum Nasenrachen und den Choanen und bediene sich der Finger- bezw. Sondenkontrolle während des Operirens. H. schliesst seine Arbeit mit einem historischen Rückblick auf die Operation adenoider Tumoren.

A. ROSENBERG.

50) **Escat. Abtragung der Luschka'schen Tonsille. (Ablation de l'amygdale de Luschka.)** *Arch. méd. de Toulouse. 15. Februar 1895.*

Einige Bemerkungen über die Operation der Nasenrachentonsille, geschrieben für den allgemeinen Praktiker. E. J. MOURE.

51) **Chaumier** (Tours). **Zur Behandlung adenoider Vegetationen mit Resorcin. (A propos du traitement des végétations adénoides par la résorcine.)** *Semaine méd. 10. August 1895.*

Verf. hat die von Marage empfohlenen Pinselungen des Nasenrachenraums mit Resorcinlösungen probirt; da er nach 9, 10 und 14 Sitzungen keinen Erfolg sah, griff er zur Curette. LUC.

52) **Helme. Adenoide und tuberculöse Wucherungen. (Végétations adénoides et tuberculeuses.)** *Union médicale. 1895. No. 36.*

Uebersichtsartikel. A. CARTAZ.

53) **C. Tissot. Nasen Rachen-Spülung. (Irrigation naso-pharyngienne.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Nichts Neues. A. CARTAZ.

c. Mundrachenhöhle.

54) **Barbier. Zur Behandlung der Angiome des Gesichts. (Traitement des angiomes de la face.)** *Archiv. d'Electric. méd. 1895.*

Nicht zugänglich. A. CARTAZ.

55) **A. Abraschanow. Neue Methode der Hasenscharten-Operation. (Nowi sposob operatii sajatschnei gubi.)** *Chirurg. ljetop. 1895. No. 3.*

Die neue Methode hat den Zweck, das Wiederauseinandergehen des unteren Mundwinkels zu verhindern. Erzielt wird diese Forderung durch Bildung eines dicken Lappens von der ganzen Medialseite der der Mittellinie näher stehenden Lippenhälfte, Lockerung der beiden Lippenhälften, Umschlagen des Lappen nach unten und Vernähung mit dem unteren Rande der anderen Lippenhälfte.

LUNIN

56) **Franchomme. Abtragung der Lippen-Epitheliome. (Ablation des epitheliomes de la lèvre.)** *Journ. des sc. méd. de Lille. No. 38. 1895.*

Dem Ref. nicht zugänglich. A. CARTAZ.

57) **Redier. Zufälle beim Hervortreten des Weisheitszahnes. (Des accidents de l'eruption de la dent de sagesse.)** *Journ. d. scienc. méd. de Lille. 1895. No. 33 u. 34.*

Dem Ref. nicht zugänglich. A. CARTAZ.

58) **Frappier. Bruch des Unterkiefers. (Fracture du maxillaire inferieur.)** *Journ. d. scienc. méd. de Lille. No. 43. 1895.*

Dem Ref. nicht zugänglich. A. CARTAZ.

59) **Lathuraz-Viollet. Osteome der Kiefer. (Osteomes des maxillaires.)** *Province méd. 26. Januar 1895.*

Dem Ref. unzugänglich. A CARTAZ.

60) **A. Falkenberg** (Kiew). **Osteoplastische Resection beider Oberkieferknochen nach Kocher. (Osteoplastitscheskoe issetschenie obeich polowin werchnei tscheljusti po Kocher.)** *Wratsch. 1895. 33.*

Diese Operation wurde ausgeführt zur Entfernung eines Sarcoms, das von der Basis cranii ausging. LUNIN.

61) **Christlieb. Ueber Stomatitis und Vulvitis aphthosa.** Dissert. Würzburg. 1895.

Verf. theilt eine der von Neumann zuerst beschriebenen Krankheitsformen mit, bei welcher die aphthösen Geschwüre auf der Schleimhaut der Mundrachenhöhle und gleichzeitig auf der Schleimhaut der Vulva sich entwickeln. Die Differentialdiagnose ist in solchen Fällen nicht leicht, die infectiöse Natur des Processes zwar noch nicht bewiesen, aber höchst wahrscheinlich. SEIFERT.

62) **N. Altuhow** (Moskau). **Divertikel der Mundschleimhaut einen Stein enthaltend.** *Chirur. Lietop. 1895. No. 1.*

Bei der Section zufällig gefunden ein Divertikel, das vorn und etwas nach aussen vom vorderen Gaumenbogen ausging und nach unten bis zur Vorderfläche des 4. Halswirbels herabreichte. Das Divertikel enthielt einen Kalkstein, der 22 mm lang, 18 mm breit und 4,15 g schwer war. LUNIN.

63) **Laurens Intrabuccale Hernie der Unterkieferdrüsen. (Hernie intrabuccale des glandes sous-maxillaires.)** *Presse méd. 26. Januar 1895.*

Nicht zugänglich. A. CARTAZ.

64) **M. Dumontpallier. Kali chloricum bei der Behandlung der Geschwülste des Mundes. (Potassium chlorate in the treatment of tumors of the mouth.)** *N. Y. Med. Journal. 11. April 1896.*

Verf. hat diese Behandlung in 3 Fällen von Tumoren des Zahnfleisches und der Zunge angewendet. Trotzdem Aussehen und Fortschritt der Geschwülste nicht ganz unverdächtig waren, wurde doch ein guter Erfolg erzielt. LEFFERTS.

65) **Duncan** (Melbourne Victoria). **Xerostomie. (Xerostomia.)** *Intercolon. Med. Journal of Australia. 20. März 1896.*

Vorstellung der 40jährigen Patientin in der Medical Society of Victoria. Die Secretion der Speichel- und Thränendrüsen war vollständig unterdrückt, die ersten Symptome zeigten sich vor 5 Jahren; alle Behandlungsversuche waren fehlgeschlagen. Der Ductus Stenonianus der linken Seite ist ganz verschlossen, rechts

lässt sich eine Sonde etwa 1 Zoll weit einführen. Die Ausführungsgänge der Submaxillardrüsen lassen sich nicht bestimmen. A. J. BRADY.

66) **W. F. Chappell. Bericht über 3 Fälle von Xerostomie oder trockenem Mund. (Report of three cases of xerostomia or dry mouth.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Februar 1896.*

Literarische Uebersicht über die bisher publicirten Fälle von Mundtrockenheit und Bericht über 3 neue Fälle. Der eine Fall ist besonders interessant, weil er alle die verschiedenen Symptome und Veränderungen, die sich in den verschiedenen Fällen zeigten, zusammen bei einem Patienten aufweist. Auch spricht die Todesart — durch complete beiderseitige Lähmung — als neuer Beweis für den centralen Ursprung des Leidens. LEFFERTS.

67) **Thouvenet. Autoplastik der Mundhöhle. (Autoplastic buccale.)** *Annales d'Orthopédie. No. 2. Februar 1895.*

Dem Ref. nicht zugänglich. A. CARTAZ.

68) **Bilhaut. Makroglossie. (Macroglossie.)** *Revue méd. 6. Januar 1895.*

Nichts Besonderes. A. CARTAZ.

69) **Londe. Hemiatrophie der Zunge. (Hemiatrophie de la langue.)** *Annales de méd. No. 28. 1895.*

Dem Ref. nicht zugänglich. A. CARTAZ.

70) **Derville. Fremdkörper der Zunge. (Corps étranger de la langue.)** *Journ. d. scienc. méd. de Lille. No. 26. 29. Juni 1895.*

Dem Ref nicht zugänglich. A. CARTAZ.

71) **Staffel** (Wiesbaden). **Gelenkrheumatismus und Angina.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 4. 1896.*

St. 'berichtet über einen Fall (34jährige Dame), welche an wiederholten Attaquen von Gelenkrheumatismus litt, welche jedesmal durch eine schwere Mandelentzündung eingeleitet wurden. Sofortige Behandlung der Mandelentzündung verhinderte das Auftreten des Gelenkrheumatismus. SEIFERT.

72) **E. L. Vansant. Fragraria Virginiana-Angina oder Erdbeeren-Halsentzündung. (Fragraria Virginiana Angina or strawberry sore throat.)** *Philad. Polyclinic. 20. Juli 1895.*

Verf. betont, dass 1. der Genuss von Erdbeeren bei gichtischen und rheumatischen Personen Anginen erzeugt; 2. dass ein übermässiger Genuss derselben zeitweise auch bei Nichtgichtischen oder Nichtrheumatischen derartige Halsentzündungen verursacht. Verf. führt einige Krankengeschichten auf.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

73) **L. C. Cline. Folliculäre Angina; ihre Ursachen und ihre Verhütung. (Quinsy — its causes and prevention.)** *Cleveland Med. Gazette. Januar 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

74) **W. Wallace. Septische (?) Pneumonie im Anschluss an Halsentzündung. (Septic [?] pneumonia following sore throat. [Quinsy.])** *Lancet. 15. Februar 1896.*

Der 36jährige Patient litt 14 Tage lang an Halsentzündung. 4 Tage später Expectoration eines rubiginösen Sputums; Schmerzen über dem unteren Theil des Sternum. Leichte Dämpfung und scharfes Bronchialathmen über beiden Spitzen. Im Sputum Streptokokken, Staphylokokken und Pneumokokken.

ADOLPH BRONNER.

75) **R. H. Fox. Abortivbehandlung der Angina. (The abortive treatment of quinsy.)** *Lancet. 8. Februar 1896.*

40jähriger Mann mit linksseitiger Tonsillitis und hohem Fieber; die Mandel verschloss nahezu den Schlundeingang; sie wurde mit 3proc. Cocainlösung gepinselt. Am nächsten Morgen war die Schwellung viel geringer und am Tage darauf der Patient geheilt.

ADOLPH BRONNER.

76) **Ripault. Die Behandlung der phlegmonösen Angina. (Le traitement de l'angine phlegmoneuse.)** *Gaz. méd. de Paris. 29. Februar 1896.*

Nichts Besonderes.

A. CARTAZ.

77) **H. Foster. Locale Applicationen von Guajacol bei Halskrankheiten. (The use of local applications of Gujacol in diseases of the throat.)** *Kansas City Med. Record. April 1895.*

Verf. empfiehlt das Mittel für acute Tonsillitis und Pharyngitis, ferner, gleichzeitig mit dem inneren Gebrauch von Merck'schem Guajacolcarbonat, bei tuberculösen Kehlkopfgeschwüren. Es kann als öliger Spray, besser noch direct mit dem Wattebausch applicirt werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

78) **Jessie T. Boyle. Halsweh. (Sore throat.)** *Babyhood. Februar 1896.*

Ohne besonderes Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

79) **Redact. Notiz. Halsstörungen. (Throat troubles.)** *Western Med. Journal. Februar 1896.*

Nichts Originelles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

80) **Burgess. Zwei Fälle von Halserkrankung mit ungewöhnlichen Symptomen. (Two cases in which uncommon symptoms were present in cases of throat disease.)** *Lancet. 11. Januar 1896. Dublin Journal of Med. Science. Februar 1896.*

Der erste Fall war eine gewöhnliche acute Tonsillitis mit Abscedirung; es trat ohne ersichtliche Ursache eine Blutung aus dem Halse ein, die mehrmals sich wiederholte, stets aber vor Eintreffen ärztlicher Hülfe stand, so dass niemals klargestellt werden konnte, woher das Blut kam.

Im zweiten Fall trat eine Kehlkopfaffection bei einem jungen Manne — nähere Angaben fehlen — mit bedrohlicher Dyspnoe als Vorläufer von Masern auf.

P. MC. BRIDE.

81) **M. A. Bunce. Contagiöse Mandelentzündung. (Contagious tonsillitis.)** *Philad. Polyclinic. 7. September 1895.*

Mehrere Krankengeschichten; Verf. hält die Krankheit für der Diphtherie sehr nahestehend, aber doch für einen Morbus sui generis.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

82) **Thomson. Zur Behandlung chronischer Mandelerkrankungen.** Dissertation. Freiburg. 1895.

Dem Ref. nicht zugänglich.

SEIFERT.

83) **Edmund Owen. Die operative Behandlung der Gaumenspalte. (The operative treatment of cleft palate.)** *Lancet. 4. Januar 1896.*

Vortrag gehalten in der Medical Society of London am 25. November 1895. Von rein chirurgischem Interesse.

ADOLPH BRONNER.

84) **Neugebauer. Ueber Messungen des weichen Gaumens mit Darstellung einer neuen Messungsmethode.** Dissert. Königsberg. 1896.

Die von N. beschriebene Methode Kafemann's besteht darin, dass schmale Stäbchen, die sich leicht biegen lassen, an den weichen Gaumen angelegt werden. Die Stäbchen variiren in ihrer Länge von 20-40 mm. Neugebauer fand auf solche Weise die Länge des weichen Gaumens durchschnittlich zu 31,9 mm. Die mittlere Länge des Gaumensegels bleibt bei Ozaena nicht unwesentlich gegen das mittlere Ausmaass des normalen weichen Gaumens zurück; beträgt hier nur 28,6 mm.

SEIFERT.

85) **Gouguenheim u. Ripault. Beitrag zum Studium der gutartigen Tumoren des Gaumensegels. (Contribution à l'étude des tumeurs benignes du voile du palais.)** *Annal. des malad. de l'oreille, du larynx etc. No. 1. Januar 1896.*

Die Verff. constatiren, dass die bekannten Lehrbücher über diesen Punkt wenig Aufklärung bieten und zählen dann kurz die gutartigen Tumoren auf, die am Gaumensegel beobachtet worden sind. Sie berichten selbst über einen Fall von Myxosarcom an der Hinterfläche des Gaumensegels.

E. J. MOURE.

86) **W. Scheppegrell. Papillome des weichen Gaumens. (Papillomata of the soft palate.)** *N. Y. Med. Journal. 11. April 1896.*

2 Krankengeschichten. Im ersten Falle sass ein gestielter Tumor am weichen Gaumen nahe dem Zäpfchen; derselbe war flach sphäroid und hatte etwa 9 mm im Durchmesser. Im 2. Falle war der Tumor, der fast an derselben Stelle sass, viel kleiner (3 mm) und sein Stiel sehr kurz; trotzdem verursachte er erhebliche Reizung.

LEFFERTS.

87) **Berger** (Paris). **Mischgeschwülste der Drüsen des Gaumensegels. (Tumeurs mixtes des glandes du voile du palais.)** *Bullet. médical. 11. März 1896.*

Gelegentlich eines bei einer 30jährigen Frau von ihm beobachteten und operirten Falles giebt B. eine ausführliche Beschreibung dieser Krankheit, die sich folgendermaassen zusammenfassen lässt. Die Geschwulst entwickelt sich in dem

submucösen Gewebe langsam und schmerzlos. Zu einer gewissen Zeit erscheint die eine Hälfte des Velums von einer Anschwellung ergriffen, welche die Uvula nach der entgegengesetzten Seite und den hinteren Gaumenbogen nach hinten zurückdrängt, das Cavum pharyngeum freilassend und nach vorn von einem hervorragenden Saume begrenzt, der die Verbindungslinie mit dem knöchernen Gaumen einnimmt. Die Anschwellung bleibt beweglich, so lange sie nicht durch ihre Masse immobilisirt wird. Ihre Consistenz ist hart und überall gleich. Von dem darunterliegenden Neoplasma lässt sich die Mucosa mehr weniger leicht abheben, wodurch die Möglichkeit der Enucleation des Tumors gegeben ist. Letzterer zeigt keine Tendenz, die Knochen und die Lymphdrüsen anzugreifen. Das Neoplasma ist von einer Capsel begrenzt, die die Schonung der benachbarten Theile, sowie das Auskernen des Tumors zu begünstigen scheint.

Histologisch besteht die Geschwulst aus hypertrophirten Drüsenelementen der Region, in der sich das Epithel und das fibröse umliegende Gewebe in verschiedenen gegenseitigen Verhältnissen zeigen. Das Stroma erscheint selten als reines Bindegewebe. Letzteres ist oft von mucösen, knorpligen oder sarcomatösen Elementen besät, was die vom Verf. vorgeschlagene Benennung als Mischtumoren rechtfertigt.

Verf. ist der Meinung, dass man diese Geschwülste so frühzeitig wie möglich operiren soll, da die operativen Schwierigkeiten mit der weiteren Entwickelung der Anschwellung zunehmen.

Die vorhergehende Tracheotomie mit Anwendung der Trendelenburg-schen Canüle hält er für unnütz. Mit der Rose'schen Lagerung bei der Operation kommt er vollständig aus, um dem Eindringen des Blutes in die Luftwege vorzubeugen.

In jener Lage, nach vollständiger Aufsperrung des Mundes, wird eine lange Incision am unteren Rande des Velums bis zur Blosslegung der Capsel gemacht. Es gelingt dann gewöhnlich leicht, das Auskernen des Neoplasmas mittelst des Spatels, sowie starker Zangen zu erreichen.

In dem von B. operirten Falle machte eine Adhärenz des äusseren Bandes der Geschwulst die Extraction sehr schwierig. Es entstand sogar in Folge des dadurch nothwendigen Zerschneidens des Neoplasmas eine riesige venöse Blutung.

LUC.

88) **Guément. Ein Fall von Lähmung des Gaumensegels, Rachens und Kehlkopfs nach Grippe. (Un cas de paralysie post-grippale du voile du palais, du pharynx et du larynx.)** *Annales de la Policlinique de Bordeaux. No. 30. Januar 1896.*

Die Lähmung trat während der Reconvalescenz von einer Influenza ein und verschwand spontan nach 2 Monaten.

E. J. MOURE.

89) **F. Jeremitsch** (Moskau). **Pharyngotomia suprahyoidea.** *Chirurg. ljetop. 1895. No. 2.*

Patient hatte sich in selbstmörderischer Absicht an der vorderen Seite des Halses, 2 mm unterhalb des Zungenbeins, eine 12 cm lange Wunde beigebracht, die von einem bis zum anderen Musc. sternocleidomast. reichte, den ganzen Pha-

rynx eröffnete und die beiden Venae jugularis inter. freilegte. Naht ohne Tracheotomie; in die beiden Wundwinkel Drains; Heilung per primam.

Verf. meint, man könnte sich eines ähnlichen Schnitts bedienen zu Operationen im Pharynx und an der Zungenwurzel. LUNIN.

d. Diphtheritis und Croup.

90) **Heubner. Ueber die Erfolge der Heilserumbehandlung bei der Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 42.*

H. berichtet über 117 weitere Fälle, davon 97 reine Diphtherien mit 10 Todesfällen = 10,3 pCt., 20 complicirte mit 2 Todesfällen = 10,0 pCt. Mortal.; im Ganzen hat H. 220 Fälle behandelt mit 11,4 pCt. Mortal.

H. hebt hervor als Wirkung des Serums die günstige Gestaltung der Diphtherie im Säuglingsalter, den günstigen Verlauf der Hausinfectionen, die abweichende Gestaltung zweier schwerer Episoden der Epidemie. Klinisch beobachtete er raschere Abstossung der Membranen, schnellere Entfieberung. Er ist von der Unschädlichkeit des Heilserums überzeugt. Immer wird es Fälle geben, in denen auch bei früher Anwendung das Serum versagt. H. weist ferner hin auf halbe Erfolge, die sich in einem „diphtherischen Marasmus“ äussern und sich nicht selten mit Rückfällen des örtlichen Leidens verbinden und bespricht schliesslich den „postdiphtherischen“ Herztod und die Immunisirung. Die specifische Heilwirkung des Serums wird immer wahrscheinlicher. LANDGRAF.

91) **Rubens. Die Immunisirung bei Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1895. No. 46.*

Die Einspritzung von 200 Einheiten erwies sich in einem Falle ungenügend. LANDGRAF.

92) **Bókai. Die Dauer der Intubation bei geheilten Diphtheriekranken vor der Serumbehandlung und jetzt.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 46.*

B., dem ein sehr reiches Material zur Verfügung steht, hält den Zeitpunkt der definitiven Extubation für sehr wechselnd — zwischen $^1/_4$ Stunde und 360 Stunden. Die Durchschnittsdauer der Intubation betrug vor der Serumanwendung 79, während derselben 61 Stunden. Einen bestimmten Zeitpunkt für die Nothwendigkeit secundärer Tracheotomie zu fixiren, hält er für unmöglich. Dieselbe ist indicirt beim Vorhandensein eines schweren Decubitus, nicht durch die Furcht vor dem Auftreten eines solchen. LANDGRAF.

93) **Johannessen. Ueber Injectionen mit antidiphtherischem Serum und reinem Pferdeserum bei nicht diphtheriekranken Individuen.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1895. No. 51.*

J. wandte zuerst zwecks Immunisirung nach Behring's Methode hergestelltes Serum an und beobachtete darauf fast stets fieberhafte Reaction, Hautefflorescenzen, Gelenkschwellungen. Aehnliche Erscheinungen erhielt er bei einer 2. Versuchsreihe mit reinem Pferdeserum. LANDGRAF.

94) **Koloman Sczegö. Ein mit Serum behandelter Fall von Streptokokkendiphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 51.*

Es handelte sich um Scarlatina mit Streptokokkus Angina. Das Kind genas, wie Sz. glaubt in Folge der Serumanwendung. LANDGRAF.

95) **Börger. Ueber 100 mit Diphtherieheilserum behandelte Fälle von echter Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 52.*

Die Beobachtung stammt aus der Mosler'schen Klinik in Greifswald. Bei allen Kranken fand sich der Löffler'sche Bacillus.

Von den 100 Kranken starben 8; tracheotomirt wurden 16, davon starben 3.

LANDGRAF.

96) **Kurt Müller. Die Serumbehandlung der Diphtherie bei Erkrankungsfällen der chirurgischen Universitätsklinik in Halle.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1895. No. 37.*

In der Bramann'schen Klinik sind von 110 Diphtheriekranken 71 mit Serum behandelt. Von diesen starben 40 pCt., von den 39 nicht mit Serum behandelten 31 pCt. 52 aus der Serumreihe wurden tracheotomirt, mit 50 pCt. Mortalität, von 25 nicht mit Serum behandelten Tracheotomirten starben 40 pCt. Den Grund für diese relativ schlechten Resultate sucht M. darin, dass die Kranken fast alle bereits 4 und mehr Tage krank waren und dass es sich um Mischinfectionen handelte.

LANDGRAF.

97) **A. Baginsky. Zur Serumtherapie der Diphtherie im Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause in Berlin.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1895. No. 37.*

Bis zum 15. März 1895 waren 525 Kranke behandelt mit einer Mortalität von 15,6 pCt. —, gegen 41,1 pCt. früher. Vom 15. März bis 31. August 1895 sind weiter 224 echte Diphtheriefälle behandelt mit einer Mortalität von 9,37 pCt.

LANDGRAF.

98) **Engel-Bey. Die in Kairo mit der Serumtherapie bei Diphtheritis erzielten Resultate.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 37, 38, 39, 41.*

Von November bis Mitte März sind in Kairo 79 Fälle mit Serum behandelt. Es starben 28 = 35,4 pCt. E. resumirt sich dahin, dass das Serum die Diphtheritis im Anfang der Erkrankung und falls sie local beschränkt bleibt, heilt; die weiteren im Anschluss an die Rachendiphtheritis auftretenden Krankheiten aber nicht zu verhindern im Stande ist. LANDGRAF.

99) **X. Ergebnisse der angeordneten Sammelforschung betreffend die bis zum Schlusse des Jahres 1894 mit Diphtherieheilserum behandelten Krankheitsfälle.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 43.*

Im Ganzen haben 1349 Aerzte in Preussen über 6626 Fälle berichtet. Der Procentsatz der Heilungen betrug 87 und zwar heilten in Krankenhäusern 80 pCt., in der Privatpraxis 91 pCt. Von Nebenwirkungen sind nur die bereits bekannten aufgeführt. Nach dem Urtheil der Aerzte war ein sicherer Heilwerth hervorgetreten in 55,6 pCt., in 30,8 pCt. war derselbe wahrscheinlich, in 13,6 pCt. war keine Heilwirkung vorhanden. LANDGRAF.

100) **Pürckhauer** (Forchheim). **Ueber Behandlung der Diphtherie mit Behring's Diphtherieserum.** *Münch. med. Wochenschr. No. 48. 1895.*

Von 32 Fällen wurden 18 mit Serum behandelt; davon starben 3, die schon vor der Injection schwere Suffocationserscheinungen hatten. P. hält das Serum für ein specifisches Mittel ersten Ranges. SCHECH.

101) **A. Gottstein** (Berlin). **Serumtherapie und Statistik.** *Therapeut. Monatsh. 1895. November.*

Polemik gegen Behring, der sich zum Beweise für die Wirksamkeit des Heilserums ausschliesslich der Statistik bediene. A. ROSENBERG.

102) **David R. Oswald Kinross. Ein Fall von Diphtherie mit Serum behandelt. Tracheotomie. Heilung. (Case of diphtheria in which the serum was used. Tracheotomy. Recovery.)** *Glasgow Med. Journal. September 1895.*

Nichts Besonderes zu erwähnen. A. LOGAN TURNER (MC BRIDE).

103) **R. C. Lees. Ein Besuch in Garches mit Dr. Roux. (A visit to Garches with Dr. Roux.)** *Glasgow Med. Journal. October 1895.*

Verf. beschreibt, was er gesehen und schildert besonders eingehend die Vorbehandlung der antitoxin-liefernden Pferde. P. MC BRIDE.

104) **W. Berry. Ein Fall von Diphtheritis mit Antitoxin behandelt. (Case of diphtheria treated by antitoxin.)** *Brit. Med. Journ. 2. November 1895.*

Beschreibung eines Falles. ADOLPH BRONNER.

105) **W. A. Holmes. Ein Fall von Diphtherie mit Serum behandelt. (Case of diphtheria treated by antidiphtheritic serum.)** *Lancet. 7. December 1895.*

6jähriges Kind, fast moribund; 2 Stunden nach der Injection erhebliche Besserung; nach 15 Tagen war das Kind anscheinend gesund; plötzlich Erbrechen und Tod. (Puls? Albumen? Todesursache ist nicht festgestellt! A. B.)

ADOLPH BRONNER.

106) **J. N. Stone. Ein isolirter Fall von Diphtherie in Verbindung mit Mängeln der Canalisation; Behandlung mittelst Serum. (Isolated case of diphtheria in connection with faulty drains; antitoxic treatment.)** *British Med. Journal. 21. December 1895.*

Der Fall kam zur Heilung. ADOLPH BRONNER.

107) **W. J. Wilson. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Canada Lancet. December 1895.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

108) **William Vissman. Die Wirkung des Diphtherieheilserums auf die Nieren. (The action of the diphtheria antitoxin upon the kidneys.)** *N. Y. Med. Record. 14. September 1895.*

In einer Reihe von Experimenten am Kaninchen beobachtete V. stets nach

Seruminjection Nierenschwellung oder acute Nephritis. Er verwirft deshalb die Serumtherapie als zu gefährlich. LEFFERTS.

109) **D. B. Sprecher. Die erfolgreiche Anwendung von Diphtherieheilserum in der Landpraxis. (Successful use of antitoxin for diphtheria in country practice.)** *N. Y. Med. Record. 28. September 1895.*

Von Interesse ist das Auftreten der Diphtherie, wo die ganze Umgebung von dieser Krankheit absolut frei war, und zweitens der schnelle und wunderbare Effect des Serums, selbst nachdem der Larynx bereits afficirt war.

LEFFERTS.

110) **W. H. Park. Neuere Studien über Diphtherie und Pseudodiphtherie. (Recent studies on diphtheria and pseudo-diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 26. October 1895.*

Verf. berichtet über seine weiteren Erfahrungen mit dem Heilserum, die als günstige zu bezeichnen sind. Speciell die Kehlkopf-Diphtherie verlief besser; die Operation ist seltener geworden; die Mortalität herabgesetzt, sie betrug unter 1016 Fällen etwas unter 38 pCt. Bei etwa $^1/_6$ der Kinder wurde Albuminurie beobachtet, stets aber transitorisch; bei wenigen nur erreichte sie einen höheren Grad. LEFFERTS.

111) **W. V. Gage. Ein Fall von Diphtherie mit Serum behandelt. (Case of diphtheria treated with antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 7. December 1895.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

112) **Welch. Die Serumbehandlung bei Diphtheritis. (The antitoxine treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 5. October 1895.*

Aus einer Zusammenstellung von über 7000 mit Serum behandelten Fällen schliesst Verf., dass dasselbe zweifellos ein Mittel von specifischem Heilwerth ist und alle bisher bekannten Behandlungsmethoden weit übertrifft. Es ist danach Pflicht des Arztes, es anzuwenden. Dabei ist zu erwarten, dass die Herstellung des Serums sich noch wird verbessern lassen und dass man möglicherweise das wirksame Princip von ihm anhaftenden schädlichen, zum mindesten unnöthigen Begleitern wird trennen können. LEFFERTS.

113) **E. Rosenthal. Die Behandlung der Diphtherie mit Serum. (The treatment of diphtheria with diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Med. Journal. 9. November 1895.*

In seinem in der Philadelphia County Medical Society abgestatteten Referat spricht sich der Verf. warm für die Serumtherapie aus. LEFFERTS.

114) **Louis Fischer. Mittheilungen zu Gunsten einer extensiveren Anwendung des Diphtherieheilserums. Resumé der Erfahrungen eines Jahres; Indicationen und Contraindicationen der Serum-Anwendung nebst einigen praktischen Bemerkungen über seine Application. (A plea for the more extensive use of antitoxine in diphtheria. Résumé of one year's experience. Indications and**

contraindications for its use, with some practical points in the application of the same.) *N. Y. Med. Journal. 30. November u. 7. December 1895.*

Eine sehr lange und interessante Arbeit; die Stellungnahme des Verf.'s erhellt aus der Ueberschrift. Neues bieten die Darlegungen nicht, ihr Interesse liegt in dem persönlichen, man möchte sagen, egoistischen Character derselben.

LEFFERTS.

115) **Redact. Notiz. Die Behandlung der Diphtherie mit Serum. (The treatment of diphtheria with the antitoxin.)** *Philad. Med. News. 16. November 1895.*

Eine Zusammenstellung der bisherigen Behandlungsergebnisse in Deutschland auf Grund der dortigen Sammelforschung. Insgesammt behandelt 6626 Fälle, geheilt 5726 (= 86,5 pCt.), gestorben 855 Fälle (= 12,9 pCt.) LEFFERTS.

116) **Redact. Bemerkung. Serumtherapie und Diphtheritis-Antitoxin. (Serumtherapy and diphtheria-antitoxin.)** *Philad. Med. News. 23. November 1895.*

Bei der Beobachtung des Effects der Diphtherieserum-Injectionen hat man nach des Verf.'s Ansicht der Wirkung des Serums selbst zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Die Annahme, dass das blosse Serum indifferent sei, theilt Verf. nicht. Vielleicht stellt das Diphtherieserum sich schliesslich als ein „nicht specifisches Mittel" heraus; dass es übrigens wirksam ist, bezweifelt Verf. nicht.

LEFFERTS.

117) **Hermann M. Biggs. Die Anwendung des Diphtherieserums zu Immunisirungszwecken. (The use of antitoxic serum for the prevention of diphtheria.)** *Philad. Med. News. 30. November 1895.*

Injicirt wurden 1043 Fälle, darunter 224 zwei mal, anfangs mit Behring'schem Serum, später mit dem vom New York Health Department hergestellten. Bei vielen von den Kindern wurden Bacillen zur Zeit der Injection im Halse nachgewiesen, alle waren der Ansteckung ausgesetzt gewesen. 4 Fälle erkrankten an Croup innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Injection; bei diesen hatte die Krankheit zweifellos schon zur Zeit der Impfung bestanden. Von diesen abgesehen erkrankten 16 und zwar 3 innerhalb der ersten 30 Tage und 13 Personen 30 -110 Tage nach der Immunisirung. Die Fälle verliefen mild bis auf 2, die letal wurden. LEFFERTS.

118) **B. M. Bolton. Präventiv-Impfung gegen Diphtherie. (Preventive inoculation for diphtheria.)** *Philad. Med. News. 7. December 1895.*

Verf. plädirt für die Impfung aller Schulkinder mit Serum.

LEFFERTS.

119) **E. Hadley. Drei Fälle von Diphtherie mit Serum behandelt. (Three cases of diphtheria treated with antitoxine.)** *Indiana Med. Journal. Oct. 1895.*

Nichts Besonderes zu erwähnen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

120) **J. L. Archimbaut. Tracheotomie und Heilserum. (Tracheotomy and antitoxine.)** *Albany Med. Annals. November 1895.*

$2^1/_2$ Jahre altes Kind; erhielt eine Serum-Injection $^1/_2$ Stunde nach der

Tracheotomie. Die Membran verschwand sehr schnell und die Canüle konnte am 3. Tage entfernt werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

121) **Henry. Croup mit lange fortgesetzter Intubation. (Croup, intubation prolongée.)** *Bulletin méd. du Nord. 22. November 1895.*

Krankengeschichte eines Falles von Croup bei einem $4^1/_2$jährigen Mädchen, das seit langem kränkelnd und von tuberkulösen Eltern stammend mit schwerer Diphtherie (Loeffler'sche Bacillen mit Streptococcen) aufgenommen wurde und sofort intubirt werden musste. Seruminjection; Besserung. Die Tube wird 2 mal ausgeworfen; in der Zwischenzeit, ehe sie wieder eingelegt werden konnte, trat sehr schnell complete Asphyxie ein. Bronchopneumonie. Injection von Streptococcen-Serum; langsame Heilung. Jedesmal aber, wenn die Tube entfernt werden soll, wird das Kind asphyctisch. So liegt dieselbe jetzt schon 4 Monate. Eine Kehlkopflähmung besteht nicht; der Autor denkt an Hysterie. A. CARTAZ.

122) **Stevens** (Mont St. Amand). **Fall von Rachenkehlkopfdiphtheritis geheilt mit dem Roux'schen Serum. (Un cas de diphtérie pharyngo-laryngienne guérie par le sérum de Roux.)** *Annal. Soc. Méd. Gand. Sept. 1895.*

Bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde wurden im Ganzen 30 ccm Roux'sches Serum eingespritzt bei einer schweren Diphtheritis. Heilung ohne Tracheotomie; nebenbei Jodsalicylbehandlung innerlich. Die laryngoscopische Untersuchung wurde nicht vorgenommen. BAYER.

123) **J. Kramsztyk. Einige Bemerkungen zur Diagnose und Therapie der Diphtherie. (Kilka uwag w sprawie rozpoznawania i leczenia btonicy.)** *Medycyna. No. 49. 1895.*

Kritische Bemerkungen zur Frage der Serumtherapie. Verf. glaubt behaupten zu können: 1. Im Gross der Fälle ist die Diagnose einfach und leicht ohne bacteriologische Untersuchung zu stellen. 2. Die Serumbehandlung in leichten Fällen, und die Präventiv-Impfung sind überflüssig. 3. Der Gehalt des antidiphtheritischen Serums an Carbolsäure ist für den kindlichen Organismus nicht indifferent. A. v. SOKOLOWSKI.

124) **H. Fidler. 38 Fälle von Diphtherie behandelt mit Serum. (38 przypadków btonicy, leczonych surowica.)** *Gazeta lek. No. 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50. 1895.*

Von 38 Fällen, die mit Serum behandelt wurden, starben 9 (23,7 pCt.), darunter waren: 1. Angina diphtheritica 24 Fälle, Exitus 3 mal, 2. Angina et Laryngitis diphth., 14 Fälle, Exitus 6 mal. Tracheotomirt wurden 8 Kinder. A. v. SOKOLOWSKI.

125) **R. Wnorowski. 25 Fälle von Diphtherie behandelt mit Serum. (25 przypadków btonicy, leczonej za pomoca surowicy antydyfterytycznej.)** *Gazeta lek. No. 50. 1895.*

Die Serumtherapie wurde bei Angina diphtheritica 10 mal und bei Laryngitis diphtheritica 8 mal mit günstigem Resultate angewandt. Von 7 Fällen von Angina et Laryngitis diphtheritica starben 2.

Bacteriologisch wurden die Fälle nicht untersucht. A. v. SOKOLOWSKI.

126) **K. Lidmanowski. 3 Fälle von Diphtherie geheilt mit antidiphtheritischem Serum. (3 przypadki btonicy, wyleczonej surowica Behringa.)** *Gazeta lek. No. 50. 1895.*

Verf. beschreibt 3 schwere Fälle von Diphtherie bei Kindern mit günstigem Ausgange.

A. v. SOKOLOWSKI.

127) **W. Pulawski. 11 Fälle von Diphtherie behandelt mit Serum. (11 przypadków btonicy, wyleczonej surowica.)** *Gazeta lek. No. 52. 1895.*

Es wurden 2 Fälle von Angina, 3 Fälle von Laryngitis und 6 Fälle von Angina und Laryngitis beobachtet und mit günstigem Erfolge mittelst Serum behandelt.

A. v. SOKOLOWSKI.

128) **B. Czepurkowski. Beitrag zur Therapie der Diphtherie mit Serum. (Przyczynek do leczenia btonicy surowica.)** *Gazeta lek. No. 52. 1895.*

Behandelt wurden 17 Kranke und zwar handelte es sich in 11 Fällen um Angina et Laryngitis diphther., von diesen starb 1; in 6 Fällen wurde nur Angina diphtheritica simplex beobachtet; darunter kein Exitus.

A. v. SOKOLOWSKI.

129) **K. Rauchfuss** (Petersburg). **Klinische Bakteriologie — Sero-Therapie der Diphtheritis. (Klinitscheskaja bacteriologia i letschenie siworotkoju diphterii.)** *Trud. detsk. wrat. w. Peterburge. 1895.*

In mehreren Vorträgen theilt Rauchfuss die Resultate seiner langjährigen und umfassenden Arbeiten auf dem Gebiete der „Bacteriologie und Sero-Therapie der Diphtheritis" mit.

Vom December 1891 bis zum Januar 1895 hatte R. 550 Krankheitsfälle mit fibrinösen Belägen des Pharynx und Larynx (mit Ausnahme von Scharlach) auf den Löffler'schen Bacillus untersucht und nur in 1 pCt. der Pat., mit ausgesprochenem klinischen Bilde der Diphtheritis, den Löffler'schen Bacillus vermisst. Aber selbst in diesen wenigen Fällen waren Umstände vorhanden, durch die man das Fehlen des Löffler'schen Bacillus erklären konnte. (Locale Behandlung, nur einmal angestellte Culturversuche.) Dagegen gelang es in mehreren klinisch fraglichen Fällen und mehrmals bei Croupe d'emblée blos durch die bacteriologische Untersuchung die diphtheritische Natur der Erkrankung festzustellen. Bei der Diphtheritis des Menschen findet man gewöhnlich mehrere Arten schädlicher Microben, man hat es also meist mit einer Mischinfection zu thun. Unter diesen Microben nimmt der Löffler'sche Bacillus die erste Stelle ein, so dass man sagen kann, es giebt keine Diphtheritis ohne den Löffler'schen Bacillus.

Schon im Jahre 1892 hatte R. sich über die Degenerationsformen des Löffler'schen Bacillus eine klare Vorstellung gemacht. Den Chromatin-Zerfall des Löffler'schen Bacillus fasste R. nicht als einen Degenerations-, sondern als einen Regenerations-Vorgang auf und hatte sich beim Demonstriren seiner Präparate in diesem Sinne ausgesprochen. Diesen Polymorphismus des Löffler'schen Bacillus muss man aber genau kennen, sonst kann man mitunter die Diphtheritis leicht

übersehen. Vortragender hat in über 500 Fällen versucht, den Entwickelungsgrad und die Form des Löfflerschen Bacillus auf der erkrankten Schleimhaut und in den Culturen mit dem klinischen Bilde in jedem gegebenen Falle zu vergleichen und glaubt, dass häufig die bacteriologische Untersuchung einen prognostischen Werth habe. Findet man neben dem Löffler'schen Bacillus sehr viele Saprophyten, so hat man es immer mit leichten Fällen zu thun. Solche Formen will R. als diphtheroide oder abortive Formen bezeichnen.

Bevor R. mit diesem Polymorphismus und dem Chromatinzerfall des Löffler'schen Bacillus bekannt war, hatte er mehrere Fälle als Pseudo-Diphtheritis (Kokkenangina) angesehen, doch spätere Durchsicht derselben Präparate belehrte ihn, dass es Diphtheritis gewesen sei.

Behandelt wurden mit Serum im Oldenburger Kinderspital im Ganzen 351 Pat., von denen nur 304 verwerthet werden können, weil von den übrigen 47 ein Theil an anderen Krankheiten erkrankte (Morbilli, Scarlat.), beim anderen Theil die diphtheritische Natur der Erkrankung nicht klar bewiesen war. Die 304 Fälle gaben eine Mortalität von 24,7 pCt. Bringt man 11 Fälle nicht in Rechnung, da dieselben in den ersten 24 Stunden nach Eintritt ins Hospital starben, so betrug die Mortalität 21,6 pCt.

Vergleicht man diese Mortalität mit den Mortalitätsziffern der früheren Jahre im Oldenburger Kinderhospital, so erhält man:

	Mortalität für 25 Jahre 1870—94	Mortalität für 5 Jahre 1889—93	Mortalität für 1894 ohne Serum behandelt	Mortalität für 1894—95 mit Serum behandelt
	55,4	53,9	58,7	24,7
Zahl der Fälle	3556	726	245	304.

Um dem Einwand zu begegnen, man habe es während der Serum-Behandlung mit einer leichten Epidemie zu thun gehabt, stellt R. folgende Tabelle zusammen, in der die Anzahl der einzelnen Formen in Prozenten zur Gesammtzahl ausgedrückt sind.

	1889—93	1894	1894—95 mit Serum behandelt
D. f. simpl.	36,7 pCt.	36,0 pCt.	36,3 pCt.
D. f. phlegmonosa.	20,5 „	13,4 „	16,0 „
D. fauc. et laryng. , . . .	41,0 „	53,0 „	46,2 „
D. laryngis	1,6 „	1,1 „	1,0 „

Diese Zahlen zeigen, wie die Epidemien hinsichtlich ihrer Schwere sich so ziemlich gleich geblieben sind und wenn eine Abnahme der phlegmonösen Form zu bemerken ist, so muss andererseits eine Zunahme der Kehlkopf-Erkrankungen constatirt werden.

Vergleicht man die Mortalitäts-Procente nach den einzelnen Formen der Diphtheritis, so erhält man

	Procent der Mortalität für 1889—93	Procent der Mortalität mit Serum behandelt
D. f. simpl.	16 pCt.	4,5 pCt.
D. f. phlegmonosa	87,0 „	44,8 „
D. f. e. laryng. et laryng. . . .	70,0 „	35,4 „
	53,9 pCt.	24,7 pCt.
Nach Abzug der in den ersten 24 Stunden Gestorbenen . .	49,3 pCt.	21,6 pCt.

Bei der Diphtheritis laryngis erwies sich die Serum-Therapie gleichfalls sehr günstig im Verhältniss zu den früheren Behandlungsmethoden.

Der Mortalitätsprocent sank während der Serumtherapie:

bei der Intubation	von 80 auf 35,4 pCt.
bei der Tracheotomie	von 86 auf 10 pCt.
bei der Intubation mit nachfolgender Tracheotomie	von 84 auf 33 pCt.

Leider traten die meisten Pat. (54,3 pCt.) erst am 3. Tage der Erkrankung ins Hospital, wodurch die Mortalität natürlich sehr zu Ungunsten der Pat. beeinflusst wird. LUNIN.

130) **N. Lunin** (Petersburg). **Sero-Therapie bei Diphtheritis. (Letschenie diphtherita protiwu-diphtheritnoi siworotkoi.)** Aus dem Elisabeth-Kinderspital. — *Boln. gazeta Botcina. 1895.*

Behandelt wurden 26 Pat. im Alter von $^1/_2$—10 Jahren. Alle wurden bacteriologisch untersucht und jedesmal der Löffler'sche Bacillus nachgewiesen. Ausserdem wurden noch 17 fragliche Fälle untersucht und 7 mal der Diphtheritis-Bacillus gefunden. Bei den übrigen 10 fanden sich blos Streptococcen und Staphylococcen. In 5 Fällen von Rhinitis fibrin. wurde kein Mal der Diphtheritis-Bacillus gefunden.

Von den 26 Pat. litten 7 an Diphtheritis laryngis, von denen 5 tracheotomirt wurden. Von den 7 Pat. starben 2 operirte und zwar einer 18 Tage nach der Operation an Pleuritis purul. dupl. und der zweite an Scarlatina. 19 Pat. litten an Diphtheritis fauc. mit 6 Todesfällen. Unter diesen 19 war 6 mal die septische Form vertreten mit 2 Todesfällen.

Von den 6 letzten Todesfällen hatten 2 die Diphtheritis überstanden und erlagen dem Scharlach, der 3. Pat. starb an Herzparalyse und die 3 übrigen wurden in einem ganz desperatem Zustande ins Hospital gebracht (am 6. und 7. Tage der Erkrankung) und starben in den ersten 24 Stunden.

Spricht das klinische Bild für Diphtheritis, so soll man sofort das Heilserum injiciren und nicht erst das Resultat der Culturen abwarten. Sollten die Diphtheritis-Bacillen nicht gefunden werden, so hat man dem Pat. nicht geschadet; beim Abwarten kann aber die kostbare Zeit verloren gehen und das Leben des Pat. ernstlich gefährdet werden. Autoreferat.

131) **F. Buchholz** (Riga). **Die bisherigen Erfahrungen in der Serumtherapie im Stadtkrankenhause zu Riga.** *Petersburger med. Wochenschr. 1895. No. 5.*

Behandelt 9 Kinder und ein Erwachsener. Davon gestorben 2: ein Kind

von $2^1/_3$ Jahr 3 Stunden nach der Injection, während der Tracheotomie, und ein Erwachsener, $16^1/_4$ Jahr alt, an Pneum. cat.; die Injection wurde hier am 9. Tage der Erkrankung gemacht. Von den 8 Geheilten standen 4 im Alter unter 2 Jahren. 7 litten an Larynxstenose; 3 wurden tracheotomirt. LUNIN.

132) **Schmidt** (Riga). **Heilserum gegen Diphtheritis.** *Petersburger med. Wochenschrift. 1895. No. 7.*

Ein Fall mit Larynxdiphtheritis. Schnelle Heilung. LUNIN.

133) **C. Samson. Zur Behandlung der Diphtherie mit Heilserum.** *Petersburger med. Wochenschr. 1895. No. 34.*

In einem Dorfe erkrankte ein Kind an Diphtherie, wurde sofort mit Heilserum behandelt und war nach 4 Tagen gesund. Die Kinder, welche mit der Pat. in Berührung gekommen waren, erhielten prophylactische Injectionen, bis auf eines, weil die Eltern dagegen waren. Dieses Kind erkrankte am nächsten Tage mit Fieber und zeigte Röthung und Schwellung des Rachens. S. hielt diese Erkrankung für Diphtheritis und injicirte das Heilserum. Nach 2 Tagen war das Kind gesund. Verf. glaubt, seine Pat. seien in Folge des Heilserums so schnell genesen und ferner, dass durch die prophylaktischen Injectionen eine beginnende Diphtherie-Epidemie im Keime erstickt worden sei. LUNIN.

134) **G. Grabitschewski** (Moskau). **Ueber die Zubereitung und Anwendung des Diphtherie-Heilserums. (O prigotowlenii u primenenia antidiphtherinoi siworotki.)** *Med. obosr. 1895. No. 2.*

Gr. berechnet, dass zur Versorgung Russlands mit Heilserum etwa 400 immunisirte Pferde nöthig sein werden und plaidirt dafür, mehrere, wenn auch kleinere, Stationen in den verschiedenen Städten zu gründen. LUNIN.

135) **Hippius** (Moskau). **Behandlung der Diphtherie mit Behring's Heilserum. (K letschenija diphtheria siworotkoi — Behringa.)** *Med. obosr. 1895. No. 5.*

Behandelt 4 Fälle, darunter 2 schwere, — alle genesen. 12 Gesunden prophylactische Einspritzungen gemacht, davon 1 an Diphtherie erkrankt. H. rühmt die gute Wirkung des Behring'schen Heilserums, besonders auf das Allgemeinbefinden. LUNIN.

136) **N. Filatow** (Moskau). **Die ersten 100 Diphtheritis-Fälle behandelt mit Heilserum. (Perwaja sotnja slutschaew diphtherii, letschewaich siworotkoi etc.)** *Med. obosr. 1895. No. 13.*

Um die Wirkung des Heilserums genauer beobachten zu können, wurden die Pat., ausser mit Heilserum, eben so behandelt, wie in den vorhergehenden Jahren, d. h. mit Pinselungen von Sublimat, 1 : 1000 in Gurgelungen von Borsäure und Natr. salicyl.

Von 100 Pat. starben 19, während die Durchschnittsmortalität der 4 vorhergehenden Jahre 47 pCt. betrug.

Der allgemeine Eindruck der Heilserumtherapie war ein durchaus günstiger; es genasen Pat., die nach den früheren Erfahrungen sicher gestorben wären.

Da das Heilserum nicht immer in genügender Menge zu beschaffen war, so ist eine Zusammenstellung der Heilresultate der mit und ohne Heilserum behandelten Fälle sehr lehrreich.

Vom 1. Septbr.	bis zum 11. Octbr. 1894	ohne	H.-S. 15,	gestorben	5.
„ 12. Octbr.	„ „ 23. „	mit	„ 10,	„	0.
„ 23. „	„ „ 1. Januar 1895	ohne	„ 72,	„	36.
„ 2. Januar	„ „ Mai	mit	„ 90,	„	18.

Am Schlusse resumirt Verf. seine Erfahrungen in folgenden Sätzen:

1. Das Heilserum vermindert sehr deutlich die Sterblichkeit.
2. Am deutlichsten ist die Wirkung desselben in der — rein — bacillären Form der Diphtherie, obgleich auch eine günstige Wirkung bei der Mischform zu beobachten ist.
3. Je frischer der Fall, desto sicherer die Heilung; das Heilserum verhindert den Uebergang einer leichten Form in eine schwere.
4. Das Heilserum verkürzt den Verlauf der Krankheit, indem es die Loslösung der Membranen begünstigt.
5. Die Albuminurie wird bei der Heilserumtherapie nicht nur nicht häufiger, sondern seltener beobachtet, als bei den anderen Behandlungsmethoden; im Allgemeinen tritt die Albuminurie bei der Serumtherapie später auf, als gewöhnlich.
6. Das Heilserum hat keine für's Leben gefährliche Nebenwirkungen. Die verschiedenen Ausschläge, der fieberhafte Zustand, Schmerzen in den Extremitäten treten meist um den 8. Tag auf und schwinden bald.
7. Das Serum verhütet nicht die Paralysen, aber dieselben treten nicht häufiger als gewöhnlich auf und in leichter Form.
8. Recidive werden bei der Serumtherapie nicht häufiger als gewöhnlich beobachtet.

LUNIN.

137) **J. Hlebnikow** (Stawropol). **80 Fälle von Diphtheritis behandelt mit Serum im Stawropol'schen Landschafts-Hospital. (80 slitschojew diphtherii letschennich siworotkoi etc.)** *Med. obosr. 1895. No. 16.*

Im Stawropol'schen Kreise herrscht die Diphtheritis mit wachsender Intensität schon 10 Jahre. Die Sterblichkeit betrug je nach den einzelnen Jahren zwischen 40 und 70 pCt. Von den 80 mit Serum behandelten Fällen starben 10, also 12,5 pCt.

Es litten an der

katarrhalischen (Punct. fer.) Form . .	5;	davon starben	0 =	0 pCt.
fibrinösen Form	38;	„ „	3 =	26,6 „
phlegmonösen Form	28;	„ „	3 =	10,7 „
gangränösen Form	9;	„ „	6 =	66,6 „
	80;	davon starben	10 =	12,5 pCt.

Je früher die Behandlung eingeleitet wurde, desto besser waren die Resultate.

Das Landvolk hatte zu dem neuen Mittel Vertrauen gefasst und brachte die kleinen Pat. gerne in's Hospital. Dadurch wurde die Zahl der Infectionsherde in

den Dörfern verringert, was eine merkliche Abnahme der Diphtheritis zur Folge hatte.
LUNIN.

138) **F. Hase** (Petersburg). **93 Fälle von Diphtheritis behandelt mit Heilserum. (93 slutschoja letschenia diphtheri siworotkoi.)** *Med. obosr. 1895. No. 17.*

Von den 93 Pat. starben 31, also 33,3 pCt.

Nach der Intensität der Erkrankung gehörten zur

leichten Form	36,	davon starben	3, also	8,3 pCt.
mittelschweren Form . .	23,	„ „	2, „	9,5 pGt.
schweren Form	34,	„ „	26, „	76,4 pCt.

Eine Vermehrung der Albuminurie nach den Injectionen wurde nicht beobachtet. 6mal wurde scharlachartiger Ausschlag und 3mal ein locales Erythem constatirt, und einmal hatte sich das Erythem über den ganzen Körper ausgebreitet.
LUNIN.

139) **Jocowlew** (Tambow). **Behandlung der Diphtheritis mit Blutserum. (Letschenie diphtherita siworotkoi.)** *Med. obosr. 1895. No. 17.*

Behandelt wurden 7 Kinder, davon 6 geheilt.
LUNIN.

140) **W. Kljatschkin** (Tobolsk, Sibirien). **Drei Fälle von Diphtherie mit Heilserum behandelt. (Tri slutschaja letschenija diphtherita siworotkoi.)** *Jeschened. 1895. No. 18.*

Das Interessante aus dieser Mittheilung ist der Umstand, dass das Heilserum den weiten Weg von Petersburg nach Tobolsk zurücklegen musste und etwa eine Woche einer Temperatur von —40° R. ausgesetzt war. Trotzdem wirkte es prompt, und alle 3 Pat. genasen.
LUNIN.

141) **W. Müntz. 100 Diphtheriefälle behandelt mit antidiphtheritischem Blutserum. (100 slutschaew diphtherii, polsowannich antidiphth. siworotkoju.)** *Jeschened. 1895. No. 29.*

100 Fälle behandelt, mit 16 pCt. Sterblichkeit. 52mal prophylaktische Injectionen gemacht mit gutem Resultat.
LUNIN.

142) **P. Morgunow. Beobachtungen der Wirkung des antidiphtheritischen Blutserums. (Nabljudenia nad primeneniem pro tiwo diphth. siworotki.)** *Jeschened. 1895. No. 31.*

Behandelt 7 Fälle, davon 3 schwere. Alle geheilt.
LUNIN.

143) **L. Abramowicz** (Petersburg). **Die Resultate der Sero-Therapie im Elisabeth-Kinderhospital. (Resultati letschenija protiwodiphtherit. siworotkoi w. Elisaw. detskoi bolnize.)** *Trud. obtsch. detskiel wrat. w. Peterburge. 1895.*

Behandelt wurden 144 Pat., von denen 36,1 pCt., gegen 49,8 pCt. in den früheren Jahren, starben. Die hohe Mortalität gegenüber den anderen Kinderhospitälern liesse sich erklären durch das Alter der Pat. In's Elisabeth-Kinderhospital werden Knaben nur bis zum Alter von 6 Jahren aufgenommen.

Das Mortalitäts-Procent betrug, je nach der Schwere der Erkrankung, für leichte Fälle 8,0 pCt., für mittelschwere 6,8 und für schwere Fälle 70,7.

Das Mortalitäts-Procent betrug vor der Sero-Therapie für Diphth. fauc. 18,9 pCt. und während derselben 10,4 pCt., — für Diph. fauc. et laryng. 73,8 und 51,5 pCt.

Die am ersten Tage der Erkrankung Aufgenommenen hatten eine Mortalität von 12,5 pCt., vom 2.—4. Tage 33,3 pCt., am 5. Tage 45,4 pCt. und die am 6. und 7. Tage der Erkrankung Aufgenommenen gaben eine Mortalität von 50 pCt.

LUNIN.

144) **W. Feldt** (Petersburg). **Resultate der Serotherapie bei Diphtheritis im Nicolai-Kinderhospital. (Resultati primenemja protiwodiphtheritnoi siworotki pri letschenie diphtherita.)** *Trudi detski wrat. w Peterburge. 1895.*

Mit Heilserum wurden behandelt 177 Kinder im Alter von 2—14 Jahren, von denen 14 starben. 9 starben an Herzparalyse, 5 an Tracheobronchitis fibrinosa und Pneumonie.

Von den 177 Pat. litten an:

Diphth. fauc.	78,	davon starben	1.
Diphth. fauc. et laryng. .	84,	„ „	6.
Diphth. nasi	1,	„ „	0.
Diphth. fauc. et nasi . .	8,	„ „	3.

Besonders heilbringend erwies sich das Heilserum bei Diphth. laryngis, wogegen von 12 septischen Diphtheriefällen 9 und von 2 Pat. mit der gangränösen Form beide starben.

Die Mortalität betrug im Nicolai-Kinderhospital für die Jahre 1885—1894 = 19,4 pCt., für 1895 = 22,1 pCt. und bei Anwendung des Heilserums 6,4 pCt. Je früher das Heilserum angewandt wird, desto besser. Bei 9 Pat. wurde das Heilserum am 8. Tage der Erkrankung angewandt und davon starben 2, und von 57 Pat., die am 2. Tage in Behandlung kamen, starben gleichfalls 2. LUNIN.

145) **Tesjakow. Versuche mit dem Diphtherieheilserum. (Opiti primenenija antidiphtheritnoi siworotki etc.)** *Wratsch. Chron. Cherson. Gubern. 1895. No. 1.*

Die Versuche wurden in der Landpraxis gemacht. Injicirt wurde das Behring'sche Heilserum No. III 20 Pat. und 14mal zu prophylaktischen Zwecken. Es starben 30 pCt., während früher die Mortalität 50 pCt. betrug. Von den 14 mit prophylaktischen Injectionen erkrankte 1 Kind und genas bald. Das Heilserum wirkte vorzüglich, wenn es vor dem 3. Tage der Erkrankung injicirt wurde, wenig, sobald es nach dem 3. Tage zur Anwendung kam, und gar nicht bei septischer Diphtherie. LUNIN.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

146) **M. Thorner. Autoskopie des Kehlkopfs und der Luftröhre. (Autoscopy of the larynx and trachea.)** *Journal Am. Med. Associat. 8. Februar 1896.*

Verf. hält die Kirstein'sche Erfindung für eine wesentliche Bereicherung des laryngologischen Könnens. Er beschreibt die Methodik der Autoscopie und stellt die bisherige Literatur derselben zusammen. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

147) **P. Radzich. Fibrinöse Beläge auf tuberculösen Geschwüren des Kehlkopfs. (Fibrinosnija plenki na tuberculosnich joswoch gortani.)** *Med. obosr. 1895. 19.*

Verf. beobachtete nach Pinselungen mit Phénol sulphoreciné bei einem Pat. mit tuberculösen Geschwüren des Kehlkopfes Bildungen von fibrinösen Pseudomembranen in der linken Fossa pyriformis, deren Boden mit tuberculösen Geschwüren bedeckt war. Die Membranen, die ausgehustet wurden, bestanden aus Fibrinfasern und Leuco-Erythrocyten. Nach Pinselungen mit schwachen Lösungen von Milchsäure hörte die Membranbildung fast ganz auf. R. glaubt, die Membranen bilden sich infolge des Reizes, den die in der Fossa pyrif. stagnirenden und sich zersetzenden Schleim- und Sputummassen auf die geschwürig-tuberculös erkrankte Schleimhaut ausüben. LUNIN.

148) **E. A. Kirkpatrick. Tuberculöser Tumor des Kehlkopfs. (Tubercular tumor of larynx.)** *The Maritime Medical News. Januar 1896.*

Krankengeschichte eines Falles. Die Geschwulst, die einem Papillom ähnlich war, sass in der Regio interarytaenoidea. Lungenbefund negativ; das Mikroskop jedoch erwies die tuberculöse Natur der Geschwulst.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

149) **John Back** (Liverpool). **Endolaryngeale Entfernung von Sängerknötchen. (Endolaryngeal removal of singer's nodules.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1896.*

Vorstellung zweier Fälle, in denen die Operation mit der Grant'schen Zange erfolgreich durchgeführt wurde; ferner eines Papilloms und eines Falles von Trachom des Larynx (was ist das anderes als Sängerknötchen?). Die Sängerknötchen scheinen einseitig gewesen zu sein. P. MC BRIDE.

150) **D. Bryson Delavan. Ein Fall von Papillomen des Kehlkopfs durch Application von absolutem Alcohol geheilt. (A case of papillomata of the larynx cured by application of absolute alcohol.)** *American Medico-Surgic. Bulletin. 18. Januar 1896.*

55jährige Frau mit ausgebreiteten Geschwülsten in der vorderen Hälfte des Kehlkopfes. Ein Alkoholspray, den die Pat. selbst 6mal täglich applicirte, führte in 5 Monaten zum vollständigen Verschwinden der Tumoren.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

151) **C. W. Mac Gilliveray** (Edinburgh). **Thyretomie bei Papillomen. (Thyrotomy for papillomata.)** *Edinburgh Med. Journal. Februar 1896.*

Vorstellung des Falles. P. MC BRIDE.

152) **Wallace** (Edinburgh). **a) Epitheliom des Kehlkopfs. b) Doppelte maligne Strictur der Speiseröhre. (a) Epithelioma of larynx. b) Malignant double stricture of the oesophagus.)** *Edinburgh Med. Journ. Februar 1896.*

Demonstration der Präparate. P. MC BRIDE.

153) **Cotterill** (Edinburgh). **Epitheliom des Kehlkopfs. (Epithelioma of the larynx.)** *Edinburgh Med. Journal. April 1896.*

Demonstration des Präparates. P. MC BRIDE.

154) **Felix Semon** (London). **Ein klinischer Vortrag über bösartige Erkrankung des Kehlkopfs. (A clinical lecture on malignant disease of the larynx.)** *The Clinical Journal. 26. Februar 1896.*

In diesem im St. Thomas-Hospital gehaltenen Vortrag giebt der Verf. einen vollständigen Abriss unserer gegenwärtigen Kenntnisse vom Kehlkopfkrebs, ohne indessen etwas wesentlich Neues zu bringen. Besonderen Werth legt er auf die Diagnose der Frühstadien der Krankheit, da in diesen die Möglichkeit einer Rettung des Patienten am ersten gegeben sei, und verweilt daher besonders bei der Beschreibung der Symptome dieser Stadien. Er betont von neuem, dass gerade in den zur Radicaloperation am geeignetesten Fällen Heiserkeit für lange Zeit das einzige Symptom zu sein pflege, und dass die sonstigen, in den meisten Lehrbüchern als für Kehlkopfkrebs charakteristisch aufgezählten Symptome gewöhnlich erst zu einer viel späteren Zeit sich bemerklich zu machen pflegen. Der Rest des Vortrages ist einer Besprechung der Aetiologie, Differentialdiagnose, der Bedeutung der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente, der Prognose, der Radicaloperation und der Nachbehandlung gewidmet, und der ganze Vortrag durch zahlreiche persönliche Erfahrungen des Verf. illustrirt.

Autoreferat.

155) **Woods. Kehlkopfcarcinom. (Carcinoma of larynx.)** *Dublin Journal of Med. Scienc. Februar 1896.*

Vorstellung eines Falles. Zur Discussion sprachen Sir Thornley Stoker und Mc Wheeler. P. MC BRIDE.

156) **Gilbert Smith. Kehlkopfkrebs. (Cancer of the larynx.)** *British Medical Journal. 18. April 1896.*

Demonstration des Präparats, das von einem 51jährigen Manne stammte. Die Neubildung ging von der Epiglottis aus. Dyspnoe trat nur einen Tag vor dem Tode auf, Schlingbeschwerden nur kurze Zeit vorher. Der Patient starb kurz nach der vorgenommenen Tracheotomie an Herzschwäche. Nichts Besonderes.

In der Discussion bemerkte Dr. Hall, dass wenn Respirationshindernisse sich sehr allmälig vergrösserten, eine hochgradige Stenose der Luftwege ohne schwere Dyspnoe ertragen werden könne, während dieselbe, wenn plötzlich entstehend, direct zum Tode führen würde. SEMON.

157) **E. Ward** (Leeds). **Laryngectomie. (Laryngectomy.)** *British Med. Journal. 16. Mai 1896.*

In einem am 8. Mai 1896 vor der Clinical Society of London gehaltenen Vortrag beschrieb Mr. Ward die Grundzüge einer Operation, welche er in drei Fällen vorgenommen hatte, und die darin bestand, dass er die Wunde vollständig von den Schleimhautcanälen abschloss, welche sich in sie öffnen. In günstigen Fällen soll dieses Vorgehen in Heilung per primam durch die ganze Länge der Wunde resultiren. Präliminäre Tracheotomie ist nicht nothwendig, ausser wenn sie durch hochgradige Dyspnoe erforderlich gemacht wird. Der erste Theil der Operation wird in der gewöhnlichen Weise ausgeführt, und der Kehlkopf womöglich durch Spaltung der Membrana crico-trachealis unten abgelöst und von unten nach oben abpräparirt, wodurch die Entfernung des ganzen Theils erleichtert wird. In Fällen von intralaryngealer Erkrankung braucht die Oeffnung in den Pharynx nur in einem kleinen verticalen Schnitt zu bestehen. Nach Entfernung des Kehlkopfes wird ein starkes Rohr vom Mund in den Magen eingeführt und die Schnittwunde in dem Pharynx über diesem Rohr durch eng neben einander liegende Suturen von feiner Seide vernäht, bis vollständiger Schluss der Rachenwunde erzielt ist. Sodann werden zwei Halbkreise aus dem Rande der Hautlappen gegenüber der Trachealöffnung geschnitten und letztere eng mit der Wundöffnung vernäht, die auf diese Weise entsteht; dann wird die Hauptwunde in ihrer ganzen Länge durch Nähte geschlossen und Drainageröhren an jedem Ende des Kreuzschnittes im oberen Theile eingelegt. — Mittelst dieser Methode des Wundverschlusses werden Trachea und Rachen vollständig von der Wunde abgeschlossen, und die Trachea so offen gehalten, dass keine Canüle nothwendig wird. Das in den Oesophagus eingeführte Rohr wird entweder entfernt oder zu Ernährungszwecken in situ belassen, je nach den Erfordernissen des Falls und nach der Schwierigkeit seiner Einführung. — Drei Fälle, in welchen diese Operation vorgenommen war, wurden berichtet. In zweien, bei einem 64jährigen Mann mit Kehlkopfcarcinom und einem 42jährigen Mann mit Dyspnoe und Dysphagie (Natur der Krankheit nicht näher angegeben, Ref.), war sie erfolgreich, in dem dritten, einem Kinde mit Kehlkopfpapillom, starb das Kind sechzig Stunden nach der Operation. Der Vortr. nahm für diese Methode in Anspruch: 1. dass sie die Mortalität der Operation verringern würde; 2. dass sie die Reconvalescenz verkürzte; 3. dass sie den Comfort der Patienten während der Reconvalescenz und nach der Genesung bedeutend vermehren würde; 4. dass sie Versuche einer Radicaloperation in gewissen Fällen rechtfertigte, in welchen dieselbe gegenwärtig für unzulässig gilt.

In der Discussion bemerkte Dr. Felix Semon, dass er in zwei von dem Vortragenden berührten Punkten vollständig von ihm abweiche, nämlich: 1. dass bei solchen grossen Operationen, wie die der vollständigen Kehlkopfentfernung, der Chirurg nicht das spätere Befinden der Patienten in erster Linie zu berücksichtigen habe: seiner Ansicht nach sei es die Pflicht des Operateurs, dem Leidenden das pro und contra der Operation klar auseinander zu setzen und ihm die Entscheidung zu überlassen. Zweitens aber müsse er auf das Energischste gegen die Vornahme der totalen Kehlkopfexstirpation bei Kehlkopfpapillomen von Kindern protestiren.

Er sei durchaus kein Gegner der Operation als solcher; wenn aber Leiden, wie recidivirende Kehlkopfpapillome bei Kindern einer milderen Behandlung zugänglich seien, so hielte er es für schlechtweg unerlaubt, zu einer solchen Operation zu greifen. Was würde der Zustand des von Mr. Ward operirten Kindes sein ganzes Leben hindurch gewesen sein, wenn dasselbe die Operation überlebt hätte? Prophylaktische Tracheotomie genüge vollständig in diesen Fällen, das Leiden so lange in Schach zu halten, bis intralaryngeale Operationen vorgenommen werden könnten, und durch die Combination der Chloroformnarkose mit localer Cocainanästhesie, wie sie von Dr. Scanes Spicer vorgeschlagen sei, sei es gegenwärtig in manchen Fällen möglich, selbst bei Kindern diese Geschwülste intralaryngeal zu entfernen.

Mr. Arbuthnot Lane gedachte einer von ihm vorgenommenen Operation, welche in ihrer Methode der von Mr. Ward vorgeschlagenen sehr ähnlich war. In Fällen von recidivirenden Kehlkopfpapillomen gebe er grössere Dosen von Arsenik nach Analogie des Einflusses dieses Mittels auf Warzen an anderen Körpertheilen, und in einem Falle seien, nachdem er bis auf 6 Tropfen der Solutio Fowleri dreimal täglich gestiegen sei, die Neubildung vollständig verschwunden. Das Alter der Patienten war 7 Jahre.

Mr. Ward bemerkte in seiner Antwort, dass er nicht geneigt sei, in Zukunft die Laryngectomie bei Kehlkopfpapillomen von Kindern vorzunehmen. Er meinte aber, dass in dem berichteten Falle das Kind wahrscheinlich jeder Kehlkopfoperation erlegen wäre. Ihm seien drei Fälle bekannt, in welchen trotz gründlichen Curettements des Kehlkopfes wegen Papillomen Recidive und Stenose des Kehlkopfes eingetreten waren. Es sei ihm nicht bekannt, dass seine Methode vorher beschrieben sei.

SEMON.

158) **Castelain. Chloroform und Tracheotomie. (Chloroforme et tracheotomie.)** *Bullet. méd. du Nord. No. 16. 1895.*

Nichts Neues.

A. CARTAZ.

159) **Déléarde. Die zwei ersten Intubationen in Lille. (Les deux premières tubages à Lille.)** *Bullet. méd. du Nord. 22. März 1895.*

Hauptsächlich bibliographische Hinweise.

A. CARTAZ.

160) **Guillemin. Essai über die Phonation. (Essai sur la phonation.)** *Voix parlée et chantée. Juni 1895.*

Ein Uebersichtsartikel.

A. CARTAZ.

161) **Chervin. Die Wortscheu. (Les phobies verbales.)** *La Voix parlée et chantée. Februar 1895.*

Nichts Neues.

A. CARTAZ.

162) **Haskovec. Die Sprachstörungen bei den Neurosen. (Des troubles de la parole dans les neuroses.)** *Gazette des hôpit. 13. April 1895.*

Uebersichtsartikel.

A. CARTAZ.

163) **Treitel. Ueber Parasigmatismus nasalis.** *Zeitschrift für klinische Medicin. XXVII. 1895.*

T. fügt einer nichts Neues bietenden Besprechung des Parasigmatismus nasalis einen hierher gehörigen Fall bei. A. ROSENBERG.

164) **Brigel. Tracheal-Hernien.** Inaug.-Dissert. Tübingen. 1895.

Ref. nicht zugänglich. A. ROSENBERG.

f. Schilddrüse.

165) **Redact. Notiz. Die Functionen der Schilddrüse und die Folgen ihrer Exstirpation. (The functions of the thyroid gland and the effects of its removal.)** *Philad. Polyclinic. 4. Januar 1896.*

Nichts Originelles oder Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

166) **Rouxeau. Thyroidectomie. (Thyroidectomie.)** *Gazette méd. de Nantes. 12. September 1895.*

Nichts Neues. A. CARTAZ.

167) **Dock. Kropf. (Goitre.)** *N. Y. Med. Record. 11. Januar 1896.*

Verf. schreibt: „Nach meiner Erfahrung führte die Entfernung eines Patienten mit einer wachsenden oder nicht behandelbaren Kropfgeschwulst nach einem Theil des Landes, in dem diese Krankheit weniger häufig ist, zum vollständigen Verschwinden der Geschwulst. Von verschiedenen Seiten sind ähnliche Beobachtungen mitgetheilt worden.“ LEFFERTS.

168) **William H. Walling. Behandlung des Kropfes und Krebses. (Treatment of goitre and cancer.)** *The Medical World. Januar 1896.*

Gegen Kropf empfiehlt Verf. die Application einer 20proc. Jodkaliumlösung mittelst des galvanischen Stromes. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

169) **Marie** (Paris). **Die Schilddrüsenbehandlung beim gewöhnlichen Kropf. (De la médication thyroidienne dans le goitre vulgaire.)** *Bullet. méd. 10. November 1895.*

Es handelt sich um ein 19jähriges Mädchen, das seit 5 Jahren an einem einfachen Kropf litt. Dasselbe bekam geringe Dosen von Schafsschilddrüse; nach 12 Tagen war der Kropf auf die Hälfte reducirt. Erscheinungen von Thyroidismus traten erst spät und in geringem Grade auf. LUC.

170) **Angerer. Ueber die Behandlung des Kropfes mit Schilddrüsensaft.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1896.*

Der wirksame Bestandtheil der Schilddrüse ist das Thyrojodin, woraus sich die anfangs unerklärliche Wirkung des Schilddrüsensaftes erklärt, worauf übrigens schon die Erscheinungen bei Schilddrüsenfütterung hinwiesen, die mit jenen bei Verabreichung von Jodkali grösste Aehnlichkeit hatten.

Die rohe Schilddrüse ist in Bezug auf ihre Wirkung allen Trockenpräparaten vorzuziehen. Von 78 Fällen von Struma reagirten nur 4—6 Kranke nicht auf die Schilddrüsenfütterung. Die derben festen Kröpfe blieben unbeeinflusst, Cystenkröpfe reagirten insofern, als zwar die Grösse und Füllung der Cyste zurückblieb, das übrige Schilddrüsengewebe aber atrophirte. Am besten ist die Wirkung bei den weichen Kröpfen, den einfachen Hyperplasien, ferner bei jugendlichen Personen, bei denen einige Dosen von 2—3 g roher Schilddrüse pro Woche genügen; man kann aber noch bis zu 6—10 g pro Woche steigen. Nebenwirkungen sind: Pulsbeschleunigung, Schwitzen, vermehrte Diurese, Schwindel, Kopfschmerz, Herzklopfen, Müdigkeit, weshalb das Mittel auszusetzen ist. Spuren von Eiweiss zeigten sich selten, Zucker nie. Die Cur scheint vor Recidiven nicht zu schützen, auch scheint die Schilddrüsentherapie durch Schwächung des Herzens die Kropfexstirpation zu einer tödtlichen gestalten zu können. Maligne Strumen reagiren absolut nicht auf die Schilddrüsentherapie.

SCHECH.

171) **Stabel. Zur Behandlung der Kröpfe mit Schilddrüsensaft.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1896.*

Bericht aus der Bergmann'schen Klinik; die Resultate sind die gleichen, wie sie anderwärts erzielt worden. Die Behandlung mit Tabletten ergab ungünstigere Resultate, als die mit frischem Schilddrüsengewebe.

SCHECH.

172) Sir **William Stokes. Ein Fall von cystischer Bronchocele, in dem die Schilddrüse vollständig exstirpirt werden musste. (Case of cystic bronchocele necessitating complete removal of the thyreid gland.)** *Lancet. 4. Januar 1896.*

Ungewöhnlich grosse Kropfgeschwulst. Exstirpation mittelst grossen Kreuzschnitts. Einige Zeit nach der Operation wurde Thyroidextract gegeben. Keine üblen Folgen. (Abbildung.)

ADOLPH BRONNER.

173) **Brindel u. Liaras. Recidiv eines Carcinoms der Schilddrüse in einer Cervicaldrüse; Vorlegung des Präparates. (Récidive de cancer de goitre dans un ganglion cervical; présentation de coupe.)** *Compt. rend. de la Société d'Anatomie et de Physiol. de Bordeaux. 30. December 1895. Journal de Méd. de Bordeaux. No. 2. 12. Januar 1896.*

Es handelt sich um ein Cylinderzellenepitheliom; das Recidiv trat 3 Monate nach der Exstirpation der carcinomatösen Schilddrüse auf. Ueber den Fall berichteten die Autoren in derselben Gesellschaft schon im Anfang 1895 unter Vorstellung zweier ähnlicher Fälle.

E. J. MOURE.

174) **Caussin. Basedow'sche Krankheit. (Goitre exophthalmique.)** *Gaz. méd. de Picardie. No. 10. 1895.*

Nichts Neues.

A. CARTAZ.

175) **Haskovec. Basedow'sche Krankheit. (Goitre exophthalmique.)** *Gaz. des Hôpitaux. 20. Juli 1895.*

Uebersichtsartikel.

A. CARTAZ.

176) **Durozier. Der Athem bei Basedow'scher Krankheit. (Du souffle dans le goitre exophthalmique.)** *France méd. 11. Januar 1895.*

Nichts Besonderes. A. CARTAZ.

177) **Abram J. Hill. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1896.*

Nichts Neues. P. MC. BRIDE.

178) **Regnier. Behandlung der Basedow'schen Krankheit mittelst Electricität. (Traitement du goitre exophthalmique par l'électricité.)** *Rev. internat. de Méd. et de Chirurgie. No. 16. 1895.*

Dem Ref. nicht zugänglich. A. CARTAZ.

179) **Seymour Taylor. Myxoedem. (Myxoedema.)** *British Medical Journal. 21. December 1895.*

Demonstration zweier Fälle dieses Leidens vor der West London Medico-Chirurgical Society, am 6. December 1895. SEMON.

180) **Taty** u. **Guerin. Myxoedem und einfacher Kropf behandelt mit Schilddrüsen. (Myxoedème et goitre simple traités par la médication thyroidienne.)** *Semaine médicale. 10. August 1895.*

Die Verff. behandelten einen 32jährigen Myxödematösen mit Schilddrüsenverfütterung und eine imbecille Patientin mit Kropf mit Thyroidin. Die Resultate waren in beiden Fällen befriedigende. Die Verff. weisen darauf hin, dass für die Toleranz gegen die Schilddrüsenmedication weniger das Volumen der vorhandenen Thyreoidea, als vielmehr deren functionelle Leistungsfähigkeit in Betracht kommt.

LUC.

181) **Jannin** (Vand). **Beobachtung eines myxoedematösen, durch Schilddrüsenbehandlung geheilten Zwerges. (Observation d'un nain myxoedemat. traité par les préparations thyroidiennes.)** *Revue méd. de la Suisse romande. 1896. Heft 1.*

Der Knabe ist 16jährig, hat keine Spur von Schilddrüse und steht auf der Stufe eines 10—12jährigen. Er wird mit Glycerinextract der Schilddrüse percutan behandelt und wächst in einem Jahre 15 ccm und das ausgesprochene Myxödem verschwindet vollständig. JONQUIÈRE.

182) **Richter** (Berlin). **Zur Frage des Eiweisszerfalles nach Schilddrüsenfütterung.** *Centralbl. f. innere Medic. 3. 1896.*

Die Untersuchungen beziehen sich auf den zur Entfettung dienenden Gebrauch der Schilddrüsenfütterung. SEIFERT.

g. Oesophagus.

183) **P. Mage. Beitrag zum Studium der Fremdkörper der Speiseröhre. (Contribution à l'étude des corps etrangers de l'oesophage.)** *Thèse de Paris. 1896.*

Mehrere Fälle; nichts Neues.

A. CARTAZ.

184) **A. Kowalski** (Tschernigow). **Verletzung des Oesophagus und eines Zweiges der Art. pulm. durch einen Knochen. (Probodenie pitschewoda s isjas wleniem wetotschki art. pulm. wsledstwie sastrewanija w pischewode kosti.)** *Chirur. Lietop. 1895. No. 1.*

Patient war plötzlich an Verblutung gestorben, nachdem er vor 12 Tagen einen Knochen verschluckt, sich aber ganz wohl gefühlt hatte. Mehrmalige Untersuchung mit der Sonde hat keinen Fremdkörper constatiren können.

Section: 7 cm oberhalb der Cardia findet sich ein 3 cm langer, spitzer Hühnerknochen, der den Oesophagus an zwei Stellen perforirt hatte. Die linke Lunge mit dem Oesophagus verwachsen; durch die obere Oeffnung kommt man in eine 5 cm grosse Höhle der linken Lunge; diese Höhle mit mit missfarbigen, breiigen Massen gefüllt. Der Magen stark ausgedehnt und mit frischen Blutgerinnseln prall gefüllt.

LUNIN.

185) **J. B. Roberts. Ein Fall von Oesophagotomie wegen Narbenstrictur. (Case of oesophagotomy for cicatricial stricture.)** *Maryland Med. Journal. 16. November 1895.*

Das $3^1/_2$jährige Kind hatte Lauge verschluckt. Der Fall verlief trotz der Operation letal.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

186) **A. Kablukow** (Simferopol). **Ein Fall von Gastrostomie wegen narbiger Strictur des Oesophagus, mit nachfolgender Erweiterung der Strictur von der Magenfistel aus. (Slutschai gastrostomii pri polnom. rubzowom ssyschenii pitschewoda s primeneniem sposoba obratnawo jewo rasschirenija i posledowatelnim sakritiem scheludotschnoi fistuli.)** *Med. obosr. 1895. No. 19.*

Die Strictur war entstanden in Folge des Genusses einer ätzenden Flüssigkeit. Es gelang, die Strictur erst von der Magenfistel aus und dann von oben zu erweitern. Die Magenfistel wurde geschlossen und Patient geheilt entlassen.

LUNIN.

187) **Stroup. Krebs der Speiseröhre. (Cancer de l'oesophage.)** *Revue méd. de l'Est. 1. April 1895.*

Nichts Neues.

A. CARTAZ.

188) **Pfister** (Kairo). **Casuistische Mittheilungen aus Aegypten.** *Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. Heft 4 u. 5. 1896.*

1. Ein Fall von Oesophagusdivertikel.

Interessanter Fall, weil er ohne erfolgte Operation oder Autopsie zur richttgen klinischen Diagnose zwang. 50jähr. Herr, seit 3 Monaten krank, sehr abgemagert. Unmittelbar nach Genuss einer Flasche Bier und vieler Suppe zeigten sich Magen und Darm vollkommen leer, dagegen der Hals beiderseitlich geschwellt, wie durch weiche Struma. Zu beiden Seiten des Manubrium sterni bis zum 2. Intercostalraum rechts und links in der Breite der Knorpelansätze an die Rippenknochen nach oben bis zu den Schlüsselbeinen zeigte sich eine ausgesprochene Dämpfung, darüber eine tympanitische Zone im Bereich der beiden Musculi sternocleidomastoidei, die sich nach oben verlor. Die Sonde ergab 25 cm Entfernung des Hindernisses von den Zähnen, also etwa 5 cm tief im Brustraum. Nach der Sondirung und Druck auf die beiden Seiten des Halses entleerten sich Bier und Suppe vollkommen.

Es handelte sich hier somit um ein Pulsionsdivertikel des Oesophagus von birnförmiger Gestalt, in der Medianlinie entspringend zu beiden Seiten des Oesophagus. Der sehr heruntergekommene Patient wurde nach Wien zur Operation geschickt, liess aber nichts mehr von sich verlauten.

2. Ein Fall von Verschlucken eines künstlichen Gebisses im Schlafe.

Dasselbe konnte mit dem Finger gelockert und dann herausgewürgt werden. Warnung für Alle mit künstlichen Gebissen, dieselben vor dem Schlafengehen herauszunehmen. JONQUIÈRE.

189) **S. Fedorow** (Moskau). **Oesophagotomia externa wegen Fremdkörper. (Oesophagotomia ext. pri inorodnich telach.)** *Chir. Lietop. 1895. I.*

Beschreibung dreier Fälle, bei denen wegen Fremdkörper die Oesophagotomia ext. gemacht werden musste und die alle Drei geheilt entlassen wurden. Die Fremdkörper waren: ein spitzer Knochen, ein Knorpelstück und eine harte Fischschuppe. 2 Mal hatte der Fremdkörper die Oesophaguswand durchbohrt und beide Male war es zu Ansammlung von Eiter zwischen Trachea und der Gefässscheide gekommen.

Verf. fügt der Statistik von Fischer (108 Fälle) noch 54 hinzu. An der Hand dieser 162 Fälle bespricht F. sehr eingehend die Art der Fremdkörper, die Symptomatologie und die Indicationsstellung zur Operation. LUNIN.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Dritte Jahresversammlung der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.*)

Arnheim, 9. Juni 1895.

Als Gäste sind anwesend die Herren Eeman (Gent), Reinhard (Duisburg) und Schleicher (Antwerpen).

In den Vorstand wurden wiedergewählt die Herren Guye, Vorsitzender, Doyer, Schatzmeister, Burger, Schriftführer.

Vorträge:

I. J. H. Reintjes: Demonstration eines Kranken, bei dem eine Geschwulst vom Larynx-Eingang entfernt worden ist.

Bei einem 10jährigen Knaben befand sich eine rothe, weiche, unbewegliche, leicht blutende aus zwei Lappen bestehende Geschwulst über dem Kehlkopfeingang. Nach misslungenen Versuchen, die mit kleiner Basis der rechten aryepiglottischen Falte aufsitzende Geschwulst per os zu entfernen, wurde die Pharyngotomia subhyoidea gemacht, die Neubildung mit der Glühschlinge abgetragen, deren Basis galvanocaustisch geätzt, und die Wunde mittels Etagen-Naht geschlossen.

Ernährung mittelst der durch die Nase eingeführten Magensonde. Heilung. Nach 5 Monaten noch kein Recidiv. Mikroskopisch war der Tumor ein Sarcom mit alveolärem Bau.

Discussion: die Herren Pel, Moll.

II. A. C. H. Moll: Demonstration zweier Patienten mit Larynxtuberculose.

Ein Fall von ausgedehnter pulmonärer und laryngealer Tuberculose. Die locale Behandlung bestand in Spaltung der Epiglottis, Aetzungen mit Milchsäure, Abtragung von infiltrirten Stücken der Epiglottis mit der Doppelcurette; später Tracheotomie. Subjectiv ist Pat. bedeutend gebessert.

Der zweite Fall von gleichfalls hochgradiger Larynxtuberculose wurde durch die Tracheotomie um Vieles gebessert.

Discussion: die Herren Krol, Pel, Brondgeest, Burger, Moll.

III. H. van Anrooy; Ein Fall von geheilter primärer Larynx-Tuberculose.

Der Pat. war ein 37jähriger Herr. Durch Curettement und Milchsäure

*) Der ausführliche Sitzungsbericht erscheint in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde.

wurde eine Vernarbung der Geschwüre und völlige Heilung erhalten. Die mikroskopische Diagnose abgetragener Fragmente lautete mit Sicherheit Tuberculose.

IV. Schleicher: Demonstration eines galvanocautischen Griffes mit Rheostat.

Es ist Vortr. gelungen, den Boecker'schen Handgriff mit einem Rheostaten zu versehen, wodurch während der Herabsetzung des Widerstandes in Folge des Zusammenschnürens der Schlinge ein compensirender Widerstand eingeschaltet wird.

Discussion: Herr Zwaardemaker.

V. A. Sikkel: A. Demonstration eines Gypsabgusses des Oberkiefers bei Nasenverstopfung.

Der Abguss zeigt, ausser den bekannten Stigmata langdauernder Mundathmung, ein bemerkenswerthes Verhalten der lateralen Schneidezähne des Oberkiefers. Der rechte ist durch einen atrophischen Rest repräsentirt, der linke fehlt gänzlich.

Vortr. zeigt die Abbildung des Oberkiefers einer anderen Patientin, bei der beide lateralen Incisivi sehr atrophisch sind.

B. Zwei Fälle von Rhinolith.

Mittheilung zweier Fälle.

C. Ein Fremdkörper im Kehlkopf.

Eine 4,5 cm lange Gräte war in die linke Tonsille eingedrungen. An der Tonsille war nur ein Blutpunkt, dagegen auf der linken Larynxwand ein Stück von der Gräte von $^3/_4$ cm Länge als weisser Streifen sichtbar. Die Gräte wurde extrahirt.

D. Congenitales Fibrom der Nase.

Die Geschwulst sass in der äusseren Nase eines vierjährigen Knabens; dieselbe hatte an Grösse nicht zugenommen. Sie wurde excidirt.

VI. A. C. H. Moll: Die Behandlung der acuten Leiden der Nebenhöhlen der Nase.

In Fällen von Entzündung der Nebenhöhlen bei acuter Rhinitis, namentlich noch Influenza, wo die Nebenhöhlenaffection die Rhinitis überdauerte, hat M. zur Entleerung der Secrete aus diesen Höhlen oft mit Vortheil ein Verfahren in Anwendung gebracht, welches darin besteht, dass Pat. bei geschlossenem Mund und geschlossener Nase den Brustkasten activ erweitert. Er lässt die Patienten dies oft wiederholen und hat damit in wenigen Tagen ein Schwinden von Kopfschmerzen, Neuralgien u. s. w. und vollständige Heilung beobachtet.

Discussion: die Herren Reinhard, Burger, Moll.

VII. P. G. Brondgeest: Die Behandlung von Lupus und Tuberculosis laryngis in vorgeschrittenen Stadien.

Vortr. spricht sich energisch für eine sehr radicale, chirurgische Behandlung dieser Processe aus.

Sämmtliche übrigen Vorträge waren otologischen Inhalts. H. Burger.

b) Jahresversammlung Belgischer Laryngologen und Otologen.

Brüssel, den 16. Juli 1895.

Vorsitzender: Dr. Hicguet.

Zu der in den Räumen der Poliklinik stattfindenden letzten freien Versammlung belgischer Laryngologen und Otologen fanden sich an Ausländern als getreue Gäste Gouguenheim (Paris), Nouquet und Wagnier (Lille), Meyes (Amsterdam), A. Sikkel (Haag) und Schuster (Aachen) ein, andere, deren Abwesenheit sehr bedauert wurde, wie Moll (Arnheim), Koch (Luxemburg), Natier (Paris) liessen sich entschuldigen; dagegen war der Andrang einheimischer Theilnehmer (33!) ein sehr bedeutender, während bessere Kräfte zum Theil fehlten, so dass sich die schon in den beiden letzten Jahresversammlungen fühlbar gewordene Nothwendigkeit ergab, diese letzteren von Dr. Delstanche seinerzeit ins Leben gerufenen freien Versammlungen mehr intimen Characters einzustellen, da sie zu den jetzigen Verhältnissen nicht mehr passten und auch den wissenschaftlichen Ansprüchen, welche man an dieselben stellen konnte, nicht entsprechen, und an ihrer Stelle eine „Belgische otolaryngologische Gesellschaft" zu gründen.

Es wurde daher am Schlusse der Verhandlungen beschlossen:

1. eine belgische otolaryngologische Gesellschaft zu gründen, welche sich
2. jährlich in einer feierlichen Sitzung versammeln, in welcher bestimmte Fragen mit Ernennung von Referenten zur Tagesordnung gebracht werden sollen, und ausserdem noch einige Nebenversammlungen abhalten, um dadurch die Gelegenheit zu Krankenvorstellungen und zum Besprechen klinischer Fälle den Mitgliedern mehrmals im Jahre zu bieten;
3. alle Versammlungen werden in Brüssel in einem Universitätsraume abgehalten und ein im folgenden Jahre nicht wieder wählbarer Präsident, ein Secretär und ein Schatzmeister ernannt.

Für das laufende Jahr werden gewählt Delie (Ipen) als Präsident; Buys als Secretär und Cheval als Schatzmeister.

Wissenschaftlicher Theil:

Der Vormittag wird zur Vorstellung von Kranken, Demonstration von Instrumenten und Vorzeigen von anatomisch-histologischen Präparaten verwandt:

Capart zeigt 2 grosse Mandeln und eine adenoide Geschwulst vor, welche er bei einem 4jährigen Kinde mit der galvanocaustischen Schlinge und dem Rousseaux'schen Adenotom entfernt hatte; ferner 2 schon früher vorgestellte Fälle von electrolytisch zum Verschwinden gebrachten fibrösen Nasenrachenpolypen; sodann berichtet er über 4 von Lepage operirte Fälle von Pharyngotomie mit Oesophagotomie, von denen einer mit Tod abging; einen an einem tiefen über 5 cm in den Oesophagus hinabsteigenden Pharynxkrebs mit sehr günstigem Resultate operirten Fall stellt er vor.

Bayer präsentirt eine 10jährige Patientin mit Lupus der Nase, der Lippen,

des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers und harten Gaumens, der Mandeln und schliesslich des Larynx mit hochgradiger Stenose und Aphonie, welche letztere durch eine geeignete Localbehandlung zum Verschwinden gebracht worden waren; daran anschliessend stellt Hicguet einen 7jährigen Patienten mit Kehlkopflupus im Initialstadium vor.

Goris bespricht mit Demonstrationen die Radicaloperation des Lupus der Nase und der Ohren; der von ihm vor 2 Jahren in Gent vorgestellte Kranke mit Excision und Rhinoplastik ist bis jetzt ohne Recidiv geblieben.

Wodon informirt sich bezüglich der einzuschlagenden Therapie bei einem schmerzlosen, harten ulcerirten zweifrancstückgrossen Tumor des einen Nasenflügels, der sich histologisch als Lymphadenoidsarcom erwies; es wurde möglichst rasche Exstirpation angerathen.

Koch (Luxemburg) lässt durch Hicguet massenhafte dendritische fibrinöse Abdrücke von chronischer fibrinöser Bronchitis zweier Patienten vorzeigen, die mit hohen Dosen von Jodkali zum Heilen gebracht waren.

Broeekaert demonstrirt Präparate derselben Affection; ausserdem wird von Koch herrührend noch eine seltene Anomalie des Zäpfchens vorgezeigt, das zudem noch aussergewöhnlich lang ist ($4^1/_2$ cm); schliesslich lässt K. noch über einen Fall von Oesophaguskrebs mit Perforation der Trachea und erfolgloser Tracheotomie berichten.

Rutten stellt eine Kranke vor mit einem enormen Syphilom der rechten Seite des Halses und der Kehle. Die äussere Geschwulst war chirurgisch entfernt worden ohne Linderung zu schaffen; R. erkannte bei der Inspection die Natur der Geschwulst an den Pharynxgeschwüren und Jodkali führte dann Heilung herbei.

Beco berichtet über einen interessanten Fall von pflaumengrossem Adenom des harten Gaumens, welches sich bei einem 22jährigen jungen Mädchen entwickelt hatte; es hatte die untere Gaumenplatte durchbohrt und ragte vor dem Gaumensegel in die Mundhöhle herein sich auf die Zunge lagernd; die Exstirpation mit nachfolgender Thermo- und Chlorzink-cauterisation führte vollständige Heilung herbei; die histologische Untersuchung ergab jedoch schon eine Transformation des Adenoms in „Drüsenkrebs“.

Bayer demonstrirt verschiedene aseptische Laryngoscope, darunter eines von ihm, bei welchem der in dem fixen Metallgehäuse freiliegende Glasspiegel durch einen auf dem Stil des ersteren verschiebbaren Metallring festgehalten wird; ferner ein aseptisches Nasenspeculum, Modification des Duplay-Voltolinischen Nasenspeculums.

Schleicher zeigt einen galvanocaustischen Handgriff vor, an welchem seitlich ein Rheostat derart angebracht ist, dass beim Anziehen und Kürzerwerden der Schlinge der Strom entsprechend schwächer wird und dieser den gleichen Glühgrad während der ganzen Operation beibehält.

Buys zeigt eine kleine Spritze mit Nadel vor zum Einspritzen von absolutem Alkohol in hypertrophirte Nasenmuscheln; man spritzt an verschiedenen Stellen 2—3 Tropfen ein; soll bei nicht sehr vorgeschrittener Degenerescenz von Nutzen, aber schmerzhaft sein!

Die Nachmittagssitzung ist den wissenschaftlichen Mittheilungen gewidmet; wegen der Kürze der Zeit mussten verschiedene unterbleiben und werden nur die wichtigeren vorgetragen.

Beco behandelt die Nasentamponade bei hartnäckigem einseitigen Nasenbluten; er ersetzt den hinteren Tampon durch ein mit trockener Eisenchloridwatte ausgefülltes Jodoformgazesäckchen, welches durch starkes Anziehen des Fixirfadens und Hineinpressen des Tampons in die Choane mit dem Finger so wenig raumbeschränkend wirkt, dass das Cavum retronasale noch möglichst frei und die Respiration durch die andere Nasenhöhle nicht gestört ist; die gewöhnliche hintere Pharynxtamponade ist nur bei Blutungen aus dem Cav. phar. nas. zulässig; der durch den Mund geleitete hintere Faden ist entbehrlich und nur unbequem und störend für den Patienten. Der Tampon wird mit einem antiseptischen fetten Stoff bestrichen, zur Erleichterung seiner Einführung und Entfernung, welche weniger schmerzhaft werden und d. h. die letzten, keine secundäre Hämorrhagien veranlassen.

Bei der Discussion betheiligen sich Roland, Delstanche, Vidal, Rutten, Schuster, Gouguenheim, Hicguet.

Roland spricht von gewissen sägenden Athemgeräuschen, hervorgerufen durch Druck von Aneurysmen auf die Trachea, wie er sie im Verlaufe von $2^1/_2$ Jahren bei 3 Brüdern zu beobachten Gelegenheit hatte; die Tracheotomie wäre nutzlos gewesen; ferner durch hysterischen Laryngospasmus, der prompt nach Darreichung von Bromsalz verschwand; endlich durch trockene Borken, welche die Trachea ausfüllten.

Wagnier berichtet über einen Fall von knöcherner Ethmoidalcyste mit myxomatöser Degeneration, die nervöse Zufälle, Schwindel mit Nasalobstruction etc. hervorgerufen hatte und die nach Exstirpation derselben verschwanden. Daran anschliessend spricht Rousseaux von einem ähnlichen Fall, bei welchem mitten im Knochengewebe der mittleren Muschel sich eine Geschwulst — ein Abscess — gebildet hatte, demnach eine eigentliche chronische Ethmoiditis der mittleren Muschel.

Boral erwähnt einen Fall von Anschwellung der unteren Muschel, bei deren Incision sich 30—40 gr Eiter entleerte.

Naquet berichtet einen Fall von Epiglottiscyste bei einem 13jährigen Kinde.

Bayer liefert einen Beitrag zur Lehre von den Beziehungen des weiblichen Sexualapparates zu den Larynxaffectionen; eine Laryngostenose bei einer Tuberculose, welche nach einem Abortus vollständig verschwand.

Broeckaert hält einen Vortrag über das „phonatorische Corticalcentrum“ und zieht aus seinen physiologischen Versuchen folgende Schlussfolgerungen:

1. Die einseitige Reizung des Krause'schen Centrums vermitteist sehr schwacher Inductionsströme bewirkt Adduction der beiden Stimmbänder;

2. Die doppelseitige Exstirpation der Krause'scher Centra bringt Verlust des Bellens hervor, doch bleibt die reflectorische Adduction der Stimmbänder bestehen und das Thier stösst reflectorisch alle Laute aus, welche ein neugeborener Hund hervorzubringen im Stande ist;

3. Die Kehlkopfnerven bleiben nach Exstirpation der Krause'schen Centra intact, was beweist, dass alle bei der Adduction der Stimmbänder betheiligten Nervenfasern vom medullären und nicht direct vom corticalen Centrum herstammen;

4. Der Verlust des Bellens bleibt einige Wochen bestehen, dann lernt das Thier allmälig wieder bellen, wie zum ersten Male;

5. Wahrscheinlich hat sich ein neues Centrum in der Nachbarschaft ausgebildet durch neue Erlernung. Das neue Centrum associirt sich nach dem Gesetze der Contiguität mit der Zeit, mit den andern bei dem complicirten Acte des Bellens mit betheiligten Centren, und das willkürliche Bellen wird wieder möglich.

Gouguenheim berichtet über seine Nachforschungen über die Diphtheritis im Hospital Lariboisière; er verlangt, man solle in allen Spitälern eine eigene Abtheilung für „Anginen" einrichten, um die Verbreitung grösserer und kleinerer Epidemien zu verhindern; 40 mal unter 93 Fällen habe sich die Diphtheritis unter der Form einer folliculären Amygdalitis präsentirt! Discussion zwischen G., Bayer und Hicguet.

Delic spricht über „ulcerirte Amygdalitis follicularis", welche streng localisirt und gutartig sei, aber sehr tief greife mitten in einer sonst weiter nicht entzündeten Mandel. Häufig könne man am Unterkieferwinkel eine Lymphdrüsenanschwellung constatiren; die Heilung gehe bei einer einfachen Behandlung erstaunlich rasch vor sich.

Cheval behauptet, die Ozaena electrolytisch zu heilen und zwar meistens schon in einer Sitzung; 91 pCt. Heilungen! Es finden sich viele Ungläubige unter den Anwesenden. Capart unterstützt die Aussagen Cheval's.

Rousseaux berichtet ebenfalls über einen Fall von Heilung durch electrolytische Behandlung bei einer Kranken mit doppelseitiger „auf die mittleren Muscheln localisirter Ozaena".

An der Discussion betheiligen sich Schleicher, Delstanche, Delie, Wagnier, Bayer.

Zum Schluss ergreift Capart noch das Wort bezüglich der Ozaena; nach ihm unterliege die Ansteckbarkeit derselben keinem Zweifel; auch die Erblichkeit spiele eine grosse Rolle; sie habe ihren Sitz in der Schleimhaut hauptsächlich der mittleren Muscheln, während die Sinus weniger betheiligt seien; sie sei daher leichter zu heilen, als die Sinusiten der Sphenoidal- und Ethmoidalhöhlen, bei welchen die so wirksame electrolytische Behandlung keinen Erfolg habe. Welche Behandlung immer man auch anwende, „die Basis aller seien die Nasalinjectionen, welche 2 oder 3 mal in 24 Stunden vorgenommen werden müssen! Uebrigens dürfe man nie die Hoffnung aufgeben, eine Ozaena zur Heilung zu bringen, denn mit Geduld und Ausdauer gelinge dies bei einer grossen Zahl!

Der Präsident verdient volle Anerkennung für die ausgezeichnete Leitung der Verhandlungen und den liebenswürdigen Empfang der Theilnehmer!

Bayer.

c) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 17. Januar 1896.

Gluck stellt einen 56jährigen Mann vor, bei dem er vor 11 Wochen eine Totalexstirpation des Kehlkopfes wegen eines Carcinoma laryngis vorgenommen hat und der jetzt einen künstlichen Kehlkopf trägt. G. hat in diesem Falle die präliminare quere Durchschneidung der Trachea und Annähung des Trachealstumpfs an die aussere Haut ausgeführt, um so ein Herunterfliessen von Blut, Mundsecret u. s. w. zu verhindern. Obwohl 8 Tage post o. eine Jodoformintoxation eintrat, ist doch eine glatte Heilung erzielt worden.

B. Fränkel. Das Annähen der resecirten Trachea ist ein grosser Vortheil, aber nicht immer möglich, wie z. B. in einem Falle, in dem in Folge einer Kyphoskoliose der Halswirbelsäule der Ringknorpel unmittelbar hinter dem Sternum lag.

Die Communication zwischen Trachea und Pharynx ist nach der Totalexstirpation des Larynx am besten zu vermeiden, da die so operirten Patienten gut sprechen lernen und ohne Störung schlucken können.

Gluck giebt zu, dass in seltenen Fällen die quere Durchschneidung der Trachea nicht ausführbar ist.

E. Meyer berichtet über das in der letzten Sitzung demonstrirte Präparat einer Trachea, die durch eine in das Tracheallumen eindringende Struma verengt war. In dem in die Luftröhre eindringenden Tumor findet sich ein kleiner Knorpelrest; die Geschwulst selbst zeigt fast normales Schilddrüsengewebe, Colloidcysten und lange, anscheinend in Wachsthum begriffene Drüsenschläuche. Der Knorpelrest ist am Rande ausgezackt, weil der Tumor Fortsätze in ihn hineinsendet, und mit Rundzellen infiltrirt. Links am Präparat befindet sich ein Lymphdrüsenrest; derselbe zeigt lymphoides Gewebe, einzelne Riesenzellen, starke Bindegewebsbildung; an einzelnen Stellen kleine Epithelnester. Innerhalb desselben liegen zwei Knoten, die sich gegen das lymphoide Gewebe nicht scharf abgrenzen und die Adenome darstellen, Drüsenschläuche, die sich verästeln und colloide Kugeln.

Kirstein demonstrirt

1. ein modificirtes Gottstein'sches Messer, dessen beide äussere Schenkel noch mehrere Centimeter in der horizontalen Ebene parallel verlaufen, das also unten nicht spitz zuläuft, sondern offen ist;

2. einen Stirnspiegel, dessen Gelenke sich nicht abnutzen können und

3. ein durchbohrtes Diaphragma, das vor das Auge des Untersuchers gestellt das Beschlagen der Brillengläser verhütet.

Flatau hält die Enge des Gottstein'sches Messers gerade für einen Vortheil; bei dem Kirstein'schen Instrument dürfte das Präparat gewöhnlich verloren gehen, und dasselbe ist auch zum Tasten im Nasenrachen nicht, wie das Gottstein's, geeignet. Uebrigens verwendet er öfter auch die zangenförmigen Instrumente.

B. Fränkel hält den schmalen Stiel des Gottstein'schen Messers für vortheilhafter, weil eine Verletzung des Velum damit sicherer vermieden wird.

Kirstein stellt dann einen 25jährigen Patienten vor, bei dem im 3. Lebensjahre wegen Diphtherie statt der Tracheotomie die Thyreotomie gemacht worden ist und der seitdem heiser spricht. Die Stimmbänder klaffen in der vorderen Commissur, weil eine Narbenmasse sie auseinanderdrängt.

B. Fränkel kennt vier solcher Fälle; zwei von ihnen sind auf operativem Wege (Bramann, Israel) geheilt; in einem dritten von F. operirten Falle war der Schildknorpel so weich, dass die Suturen nicht hielten; ausserdem fehlte der Bogen des Ringknorpels fast ganz. In dem 4. Falle war die Narbenmasse zwischen den Schildknorpelplatten so knochenhart, dass F. von einer Operation Abstand nahm.

Kirstein stellt schliesslich eine Patientin mit rechtsseitiger Recurrenslähmung vor, bei der er ein am linken Stimmbande sitzendes Knötchen autoskopisch entfernt hat und die jetzt mit guter Stimme spricht.

E. Meyer hat die Patientin vor 4 Monaten gesehen; von der Operation Abstand genommen, weil die Heiserkeit auf der Recurrenslähmung beruhte. Die Stimme ist jetzt besser, weil keine Recurrenslähmung mehr vorhanden ist.

Herzfeld stellt ein 21jähriges Mädchen mit einem 1 cm langen und 2 cm breiten flachen, blattartig gezackten, weisslichen Tumor an der Zungenspitze vor.

Sitzung vom 28. Februar 1896.

Schadewaldt stellt eine Patientin vor, bei der das rechte Stimmband roth und bis auf den hintersten Theil verdickt ist. Gegen Tuberculose spricht das letztere Moment sowohl, als auch die Intactheit der Lungen; andererseits sieht die Verdickung nicht wie ein Gummi aus; sie scheint aber auf Jodkali etwas zurückgegangen zu sein.

Die Patientin hustet seit einiger Zeit häufiger in Schleim gehüllte fibrinöse Massen aus, die vielleicht von dem erkrankten Stimmbande herrühren, da sich an demselben einige weisslich verfärbte Partien zeigen.

B. Fränkel: In solchen Fällen von Infiltration, in denen es sich gewöhnlich um Syphilis oder Tuberculose handelt, kann man die Diagnose stellen auf Grund der Wirkung des Jodkali einerseits, oder von Tuberkulininjectionen, die unberechtigter Weise in Misscredit gerathen sind.

P. Heymann zeigt von Prof. Einthoven hergestellte stereoskopische Photographien des von oben beleuchteten Gaumensegels resp. der Tube eines Patienten, bei dem der halbe Oberkiefer resecirt worden war, in verschiedenen Stellungen.

Herzfeld berichtet, dass der in der vorigen Sitzung von ihm gezeigte Tumor an der Zungenspitze seiner Patientin mikroskopisch sich als Papillom erwies, und stellt abermals eine Kranke mit zwei papillomatösen Geschwülsten zu beiden Seiten der Mittellinie der Zungenspitze vor, von denen das eine entstanden sein soll, nachdem die Patientin sich eine Warze von einem Finger abgebissen hatte.

A. Rosenberg: Zur Behandlung der Strumen mit parenchymatösen Injectionen.

R. hat eine Reihe von Patienten mit meist Compressionserscheinungen machenden Strumen mit Jodoforminjectionen (Jodoform 1,0. Aether. und Ol. oliv. ana 7,0) behandelt. Unmittelbar nach der Einspritzung treten zuweilen nach verschiedenen Richtungen hin ausstrahlende Schmerzen ein, die meist schnell vorübergehen; nicht selten stellt sich eine kurzdauernde Hustenattaque ein; gewöhnlich klagen die Patienten über einen bald verschwindenden Jodoformgeschmack im Schlunde. Dagegen zeigten sich nie ernstere Störungen, geschweige denn Gefahren. Auch treten nach diesen Einspritzungen keine Entzündungsherde oder Adhäsionen der Kapsel mit der Umgebung auf.

Die durchschnittlich nöthige Zahl der Einspritzungen betrug 12; je 1 Pravaz-sche Spritze wurde zweimal wöchentlich injicirt. Manchmal schwanden die stenotischen Erscheinungen schon nach drei Injectionen; in allen Fällen wurde zum mindesten ein zufriedenstellender, meist ein ausgezeichneter Erfolg erzielt.

Herzfeld bestätigt die erfolgreiche Wirkung der Jodoformeinspritzungen, die schneller und sicherer die Struma verkleinerten als die Thyreoidinbehandlung. Er hatte nie mehr als 14 Injectionen nöthig. Manchmal tritt die Wirkung erst einige Wochen nach den ersten Einspritzungen ein.

Flatau: Man soll in der Auswahl der auf die genannte Art zu behandelnden Strumen sich beschränken, da dieselben, besonders bei jungen anämischen Mädchen, von selbst zurückgehen; ihm erscheine die in den Jodoforminjectionen dargereichte Dosis von Jod sehr hoch.

Ihm haben Jodvasogeneinreibungen manchmal recht gute Dienste geleistet.

Herzfeld glaubt, dass bei dieser Behandlungsart der dabei ausgeführten Massage die Hauptwirkung zuzuschreiben ist, da er mit derselben unter Anwendung von Vaselin zuweilen ebenfalls Erfolge erzielt hat.

A. Rosenberg. Da man einem Hunde 1 ccm 10proc. Jodoformäther und Kaninchen dasselbe Quantum der Jodoformätherlösung — letzteren sogar intravenös ohne Gefahr einspritzen kann, ist die angegebene Dose nicht zu hoch.

Was die anderweitige Einverleibung von Jod, durch die Haut, anbetrifft, so hat ihm in einer Reihe von Fällen die kataphorische Jodbehandlung Erfolg gebracht, wobei er es dahingestellt sein lassen will, was dabei auf Rechnung des Jod und was auf die des elektrischen Stroms zu setzen ist.

Demme stellt eine Patientin mit einem Hämatom des Rachens vor; dasselbe ist faustgross und bildet, etwa dem linken Kieferast enssprechend, eine die Haut hervorwölbende pralle Geschwulst, unter welcher sich eine zweite kleinere von derselben Beschaffenheit findet. Die linke Seite des weichen Gaumens ist durch die sich ebenso nach innen hervorwölbende Geschwulst nach rechts herübergedrängt. Der Tumor reicht bis zum harten Gaumen, der Medianlinie, der hinteren Rachenwand, der Tube und Sinus pyriformis; die Epiglottis ist dabei nach hinten und rechts gedreht, der Kehlkopf nach rechts verschoben. Klopft man auf die äussere Wand, so sieht und fühlt man innen eine Wellenbewegung.

Nach einer ganz kleinen Incision strömte hellrothes klares Blut hervor; Patientin verlor $1^1/_2$ Liter Blut und die Blutung stand erst nach 5stündiger Digitalcompression.

Flatau erinnert daran, dass sich bei langsam verlaufender Angina phlegmonosa zuweilen in Folge Arrosion eines Blutgefässes ein Hämatom bilden kann; man solle in solchen Fällen nicht incidiren, sondern punctiren.

B. Fränkel sah ein hühnereigrosses Hämatom der hinteren Rachenwand, das mit einer gleichzeitig vorhandenen Struma in Verbindung stand.

In einem Falle von Hämatom am harten Gaumen trat selbst nach der Punction eine starke Blutung ein; immerhin ist sie darnach nicht so heftig wie nach einem, wenn auch kleinen Einschnitt. A. Rosenberg.

---

d) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Jahresversammlung am 8. Januar 1896.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

Nach Erstattung des Jahresberichts des Vorstandsraths, Schatzmeisters, Bibliothekars etc. erfolgte die Neuwahl des Vorstandes, die die folgenden Resultate gab:

Präsident: Dr. Felix Semon.
Vice-Präsidenten: Mr. E. Cresswell Baber, Dr. A. Hodgkinson, Mr. Charters Symonds.
Schatzmeister: Mr. W. J. Walsham.
Bibliothekar: Dr. E. Clifford Beale.
Sekretäre: Mr. W. R. H. Stewart und Dr. St. Clair Thomson.
Sonstige Vorstandmitglieder: Dr. J. B. Ball, Dr. F. W. Bennet, Dr. J. W. Bond, Dr. Scanes Spicer, Dr. P. Watson Williams.

Der Präsident staltete zunächst kurz seinen Dank für seine Wiederwahl (die statutenmässig letzte) ab, und gab Kenntniss von einem Brief Prof. Massei's, Ehrenmitgliedes der Gesellschaft, in welchem derselbe mit Bezug auf eine kürzlich in der Gesellschaft stattgehabte Discussion von Neuem seine im Jahre 1889 ausgesprochene Ansicht in Erinnerung brachte, dass viele Fälle obscurer Recurrensparalyse einer primären Neuritis des Nervenstammes ihren Ursprung verdankten, und dass die in den letzten Jahren vielfach beobachteten Fälle transitorischer Recurrensparalyse nach Influenza diese Behauptung gewichtig unterstützten.

Dr. Felix Semon: Ein Fall von Bulbärparalyse complicirt durch progressive Muskelatrophie mit vollständiger linksseitiger Erweitererlähmung und Parese des rechten Erweiterers.

Der Patient, ein 54jähriger Arbeiter, steht in dem Queens Square Hospital für Epileptische und Paralytische unter der Behandlung Dr. Hughlings Jackson's, der dem Vortragenden freundlichst gestattete, ihn in der Gesellschaft zu

demonstriren. Dauer der Krankheit etwa 15 Monate. Nach der Influenza im October 1894 traten Schling- und Articulationsbeschwerden auf, gefolgt von progressiver Schwäche der Bewegungen des rechten Arms und Beins. Im Sept. 1895 begann derselbe Process in den Extremitäten der linken Seite. Seither allmäliges Fortschreiten der Affection. Die Muskeln der Hände, besonders der rechten, stark atrophisch. Der Patient kann die Explosiva bei der Articulation nicht aussprechen und ebensowenig seine Lippen contrahiren. Der rechte Orbicularis oris und Orb. palpebrae ist schwächer als die linken entsprechenden Muskeln, die rechte Pupille weiter als die linke, fibrilläre Zuckungen in den Muskeln der Ober- und Unterschenkel; der Rachenreflex vermindert und zwar mehr rehts als linkerseits. Bei der Phonation wird der weiche Gaumen ein wenig zur rechten gezogen; keine Affection der Sterno-cleido-mastoidei und Trapezii; die Bewegungen der Zunge werden mit Schwierigkeit vollführt. Das Organ ist stark atrophisch, und bei Bewegungen tritt Tremor auf. Wenn Pat. schnell geht, wird er kurzathmig und hat gelegentlich leichte Erstickungsanfälle. Am 12. Novbr. 1895 machte der Vortragende folgende Notiz: „Während ruhiger Respiration stehen die Stimmbänder näher aneinander, als unter normalen Umständen, die Glottisweite beträgt etwa 4 mm, bei tiefer Einathmung erfolgt keine weitere Glottiserweiterung; andererseits aber werden die Stimmbänder nicht aneinander gesogen. Die Bewegungen des linken Stimmbandes sind zweifellos mangelhafter als die des rechten: bei der Phonation erfolgt vollständiger Glottisschluss.“ Am 19. December zeigte sich, dass die Erweitererparese der linken Seite in vollständige Erweitererlähmung übergegangen war, und dass die freien Ränder beider Stimmbänder leicht ausgebuchtet waren. Seither ist keine weitere Veränderung aufgetreten.

Mr. Spencer, der seine Bemerkungen auf seine Experimente sowohl, wie auf die Resultate anderer Beobachter basirte, behauptete, dass, obwohl es sich in diesem Falle um weit ausgedehnte Läsionen handelte, doch, wenn irgend eine derselben localisirt werden könne, es diejenige sei, welche die Schlingbeschwerden producire. Diese Schlingbeschwerden, die Lähmung in den unteren Abschnitten des Gesichts und die Lähmung der Glottiserweiterer, sprächen alle für eine Läsion ein wenig oberhalb des Calamus scriptorius am Boden der Medulla oblongata. Andererseits zeigten die freie Beweglichkeit der Zunge, der Adductorfasern des Kehlkopfes und der Halsmuskeln an, dass der untere Abschnitt des Bodens der Medulla und das obere Ende des Rückenmarks nicht afficirt seien.

Der Präsident erwiderte, dass es unmöglich wäre, die grosse Frage der ursprünglichen Abkunft der motorischen Nerven des Kehlkopfs im Verlauf dieser gelegentlichen Discussion zum Austrag zu bringen, und dass er hoffe, diese wichtige Frage in nicht ferner Zeit ausführlicher zu erörtern; gegenwärtig könne er nur sagen, dass er, ohne im mindesten das Gewicht der anatomischen Untersuchungen Mr. Spencer's selbst, sowie Grabower's, Grossmann's und anderer Forscher verkleinern zu wollen, noch immer nicht die Wiederbelebung der Ansicht: dass der Vagus die motorische Innervation des Kehlkopfes besorge, — mit einer grossen Anzahl wohl beobachteter klinischer Thatsachen in Einklang zu bringen vermöge, und dass angesichts der häufigen Anschauungsänderungen in

dieser Frage von dem Beginne des gegenwärtigen Jahrhunderts bis zu unseren Tagen er es für weiser halte, diese Frage vorläufig noch als eine offene zu betrachten. Ein Punkt aber erscheine ihm völlig klar und das sei der, dass Fälle, wie der eben von ihm vorgestellte, nicht dazu geeignet seien, Licht in diese Frage zu bringen! — Eine disseminirte Läsion oder eine sich über einen so grossen Tract erstreckende, wie unzweifelhaft in diesem Falle, könne in so verschiedener Weise interpretirt werden, dass es ihm vollständig unmöglich scheine, aus ihm vom klinischen Standpunkt allein Beweise für die Richtigkeit irgend welcher Anschauung abzuleiten. Wolle man klinische Fälle für die Innervationsfrage heranziehen, so müssen es solche sein, wie die von Hughlings Jackson, Stephen Mackenzie und anderen berichteten, in welchen Lähmungen einer Hälfte der Zunge mit Lähmung der entsprechenden Gaumenhälfte, des entsprechenden Stimmbandes und des entsprechenden Sternocleidomastoideus und Trapezius associirt sind, oder Fälle, wie der von Gerhardt berichtete, in welchem klonischer Krampf der genannten Nackenmuskeln mit zuckenden Bewegungen des correspondirenden Stimmbandes verbunden sei; diese Fälle aber schienen ihm gerade nicht zu Gunsten von Mr. Spencer's Ansichten zu sprechen.

Dr. Bond: Ein Fall von Kehlkopfexstirpation wegen Myxochondroms.

Der Fall ist der im Brit. Med. Journal vom 6. Mai 1893 beschriebene und im Centralblatt (X, S. 362) berichtete. Der Patient hat jetzt seinen künstlichen Kehlkopf $3^1/_4$ Jahre getragen und befindet sich in guter Gesundheit. Kein Zeichen von Recidiv, Stimme gut.

Dr. Bond (für Mr. Harvey): Fall vollständiger Kehlkopfexstirpation wegen Epithelioms mit Entfernung zahlreicher Drüsen.

Dieser Patient wurde im Juli 1894 wegen Obstruction des Kehlkopfes im Folge eines vom rechten Stimmband ausgehenden Epithelioms tracheotomirt. Er verweigerte derzeit die Radicaloperation. Am 14. August 1894 wurde der ganze Kehlkopf ausser der Epiglottis entfernt, und gleichzeitig zahlreiche Drüsen von beiden Seiten exstirpirt, meistens durch die Operationswunde, theilweise aber auch mittelst Separatincision. Nach der Operation war der Patient eine Weile lang in elendem Zustande in Folge immerwährenden Austritts von Speichel durch den oberen Theil der Wunde. Schliesslich wurden zwei plastische Operationen vorgenommen, und die Lücke oberhalb der Oeffnung von dem künstlichen Kehlkopf geschlossen. Die Operation datirt jetzt siebzehn Monate zurück. Der Kranke trägt gegenwärtig einen künstlichen Kehlkopf ohne Stimmplatte, spricht gut, kann feste Speisen und Getränke ohne Schwierigkeit geniessen, sieht kräftig aus und kann seine Arbeit eben so gut verrichten wie vor der Operation. Er ist frei von Recidiv. Der entfernte Kehlkopf wurde extensiv auf beiden Seiten erkrankt gefunden.

In Beantwortung einer Frage von Dr. Dundas Grant erwiderte der Vortragende, dass die subperichondrale Operation vorgenommen sei.

Dr. Bond: Ein Fall von klonischen Krämpfen des Rachens und weichen Gaumens.

Der Patient, ein 33jähriger Mann, kam wegen Taubheit zum Throat Hospital in Golden Square. Die Taubheit war durch Adhäsion der Hammergriffe an die Promontorien bedingt. Bei der Untersuchung des Halses zeigte sich, dass die hintere Rachenwand sich rhythmisck horizontal von rechts nach links und zurück bewegte, währendgleichzeitig die linke Hälfte des weichen Gaumens sich rhythmisch nach oben und unten bewegte. Der Kehlkopf war nicht afficirt. Der Patient selbst wusste von dieser Erscheinung gar nichts. Mit der rhythmischen Bewegung (welche sich in ziemlich schnellem Tempo vollzog, Ref.) war kein objectiv wahrnehmbares Geräusch verbunden. Der Vortragende bezeichnete den Fall als einen von sogen. Rachenchorea, hielt den Namen aber selbst für einen ungeeigneten. (Viel besser würde derselbe wohl als „Nystagmus" des Rachens bezeichnet werden, Ref.)

Dr. Clifford Beale sprach sich gegen den Namen Chorea aus, da die Bewegungen so ganz verschieden von denen bei der Chorea beobachteten waren.

Dr. Bond fügte hinzu, dass er schon früher einmal einen ähnlichen Fall gesehen habe, in welchem bei der Obduction ein kleiner Tumor in der Medulla gefunden worden sei.

Dr. A. Bronner: Ein grosser Nasenpolyp aus dem Nasenrachenraum eines 32jährigen Mannes entfernt.

Der Polyp war 4 Zoll lang und solitär. — Mr. Creswell Baber bemerkte, dass er wiederholt gefunden habe, dass diese grossen in den Nasenrachenraum herabhängenden Polypen gewöhnlich solitär seien und nach der Entfernung nicht recidivirten.

Dr. Couper Cripps: Ein Fall für Diagnose.

Der Patient, ein 50jähriger Mann, zeigt eine glatte elastische Geschwulst von der Grösse einer halben Walnuss an der linken Seite des Schildknorpels zu beiden Seiten der Medianlinie. Er hat die Existenz der Geschwulst seit mehreren Jahren bemerkt; innerhalb der beiden letzten Jahre hat sie beträchtlich an Grösse zugenommen. Der Kehlkopf ist normal, die Lymphdrüsen an der Zungenbasis bedeutend vergrössert, geringer Nasenrachencatarrh.

Mr. Bowlby erinnerte daran, dass er einen ähnlichen Fall bei der Sitzung vom letzten November gezeigt habe, und dass die allgemeine Meinung dahin gegangen sei, dass es sich um eine Thyroid- oder Hyoidcyste gehandelt habe. — Mr. Charters Symonds sprach sich dahin aus, dass diese Beschreibung auch auf den vorliegenden Fall zuträfe.

Dr. W. Hill: Microscopisches Präparat des regenerirten Gewebes nach der Turbinectomie, von dem bei der letzten Sitzung gezeigten Patienten.

Mr. Creswell Baber hielt das Präparat für eine Hypertrophie des zurückgebliebenen Gewebes, eine Ansicht, der sich sowohl Mr. Charters Symonds wie Dr. Pegler anschlossen.

Dr. David Newman: Zwei Fälle von tuberculöser Laryngitis, in denen vollständige Heilung stattgehabt hat.

Beides waren Fälle von anscheinend primärer Kehlkopftuberkulose, bei denen die Lungen erst viel später Zeichen von Erkrankung aufwiesen. Beide Fälle sind seit 7 resp. 9 Jahren unter Behandlung und gegenwärtig anscheinend wohl. Die Behandlung in beiden bestand in sorgfältiger Regulirung der Diät, Aufenthalt in warmer feuchter Atmosphäre, die mit Mandelöl, Terpenthin und Eucalyptus imprägnirt war, und dreimal täglicher Anwendung eines Sprays von Jodoform in gleichen Theilen von Aether und Alkohol, nach vorhergehender Application von Cocain. Die Jodoformlösung war eine gesättigte, d. h. enthielt soviel Jodoform als sich in gleichen Theilen von Aether und Alkohol lösen liess. Die Patienten klagten zuerst über beträchtlichen Reiz im Halse nach der Application; nach wenigen Tagen aber schon hatten sie soviel Nutzen von dem Spray, dass sie denselben gern so oft anwenden liessen, als nothwendig war. Innerlich wurde gelegentlich Codein, combinirt mit Nepenthe gegeben, um den Husten zu mildern. In beiden Fällen verringerte sich die Dysphagie schnell, die Stimme verbesserte sich in Ton und Stärke, und die Patienten begannen an Gewicht zuzunehmen. — Diese beiden Fälle sind die einzigen, in denen der Vertragende vollständige Heilung beobachtet hat, in einer beträchtlichen Anzahl anderer Fälle aber wurde beträchtliche Besserung erzielt. Er fügte hinzu, dass wenn der Kehlkopf mit der Jodoformlösung gepinselt wird, der Geruch des Jodoforms volle sechs Stunden später in dem Athem entdeckt werden kann. Um wirklich erfolgreich zu wirken, muss die Jodoformbehandlung eingeleitet werden, ehe Ulceration der Schleimhaut begonnen hat.

Dr. Clifford Beale bemerkte, dass vollständige Genesung von tuberkulöser Laryngitis selten sei, und gewöhnlich in solchen Fällen stattfinde, in welchen auch der Zustand der Lungen sich verbessere. — In Beantwortung einiger Fragen von Mr. Spencer erwiderte der Vortragende, dass er die Jodoformlösung zuerst dreimal täglich selbst applicire, später könne dies von einer Wärterin besorgt werden, welche sich leicht hierzu anlernen liesse.

Dr. David Newman: Ein Fall von Epitheliom und ein Fall von Adenocarcinom der linken Tonsille, des weichen Gaumens und der Uvula.

Im ersten Falle war der Patient ein 55jähriger Pächter, im zweiten eine 51jährige Frau. In beiden Fällen war die Mandel und ihre Nachbarschaft geschwollen und ulcerirt, und die Diagnose durch microscopische Untersuchung gesichert. In beiden Fällen wurde die Entfernung per os mittelst des Galvanocauters vorgenommen (im zweiten Fall nach vorhergehender Tracheotomie), und in beiden Fällen sind die Patienten selbst seit fünf resp. sechs Jahren frei von Recidiv geblieben.

Mr. Charters Symonds beglückwünschte Dr. Newman zu seinem Erfolg, da Operationen in diesen Fällen selten von guten Resultaten begleitet seien. Er frug Dr. Newman nach Details beider Operatienen, und speciell, ob es möglich sei, per os allein zu operiren; es träten in diesen Fällen so häufig Recidive

in den Lymphdrüsen auf, dass er beschlossen habe, stets von Aussen zu operiren und die Drüsen abzusuchen, gleichgültig ob sie sich bei der Palpation vergrössert zeigten oder nicht. — Mr. de Santi hielt den zweiten Fall für einen Fall von Sarcom. — In seiner Antwort bemerkte Dr. Newman, dass die Neubildung in beiden Fällen klein gewesen sei, dass er sie in einem Falle unter Cocain, und im zweiten unter Chloroform, in beiden Fällen aber per os habe operiren können. Sein zweiter Fall sei ein Fall von Adenocarcinom gewesen, d. h. habe dem Typus der Mammakrebse geähnelt.

Mr. C. A. Parker: Ein Fall von Erweitererlähmung bei Tabes.

Der Patient war ein 32jähriger Lastträger, der vor 3—4 Jahren zur Nachtzeit mit plötzlicher Athemnoth, begleitet von häufigem Husten, aufgewacht war; die Inspiration soll sehr geräuschvoll gewesen sein, wie beim Keuchhusten. Die Dyspnoë wurde schlimmer und schlimmer, Zuckungen traten in den Beinen auf und schliesslich fiel der Patient besinnungslos und bewegungslos ins Bett zurück. Seine Frau gab an, dass er etwa zwei Minuten besinnungslos war und nicht cyanotisch wurde, sondern im Gegentheil blasser war wie gewöhnlich. Als die Besinnung wiederkehrte, war die Athmung ganz normal. Seitdem hat er etwa fünf andere ähnliche Anfälle in Intervallen von ungefähr sechs Monaten gehabt, der letzte trat bei Tage während der Arbeit auf, und ein kitzelndes Gefühl im Halse ging ihm vorher. Alle anderen Anfälle erfolgten während der Nacht.

Bei laryngoscopischer Untersuchung zeigte sich das linke Stimmband in der Medianlinie fixirt, das rechte ist paretisch und kann nicht über die cadaveröse Position nach Aussen abducirt werden. Die Phonation ist normal. Die Kniereflexe fehlen, der Gang ist etwas unsicher, beim Stehen mit geschlossenen Augen und neben einander befindlichen Füssen schwankt der Kranke, beim Rückwärtsgehen sind Schwierigkeiten vorhanden, die Pupillarreflexe sind normal, Sensibilitätsstörungen sind nicht vorhanden. Der Patient hat ohne Zweifel Syphilis gehabt. Seit er unter Beobachtung steht (circa zwei Monate), hat er keine weiteren Kehlkopfkrisen gehabt, und der Zustand der Stimmbänder ist unverändert, dagegen sind die anderen tabischen Symptome mehr entwickelt, er klagt über zunehmende Unsicherheit des Ganges, Kälte und Taubheitsgefühl in den Füssen und lancinirende Schmerzen in beiden Beinen. — Die Punkte, auf welche der Vortragende besonders die Aufmerksamkeit lenkte, waren: 1. dass die Kehlkopfkrisen augenscheinlich das erste Symptom der Tabes waren; 2. dass zwischen dem ersten Anfall und dem Auftreten anderer tabischen Symptome ein so langer Zwischenraum verging; 3. dass nur ein Stimmband vollständig gelähmt, das andere paretisch war.

Der Präsident sah in diesem Falle eine wünschenswerthe neue Bestätigung der von ihm selbst und Weil betonten Thatsache, dass die Kehlkopfsymptome bei Tabes allen anderen Zeichen der Krankheit jahrelang vorhergehen mögen, und leitete hieraus die erneute Mahnung ab, in allen Fällen obscurer Kehlkopflähmung die Reflexe zu untersuchen. — Dr. Watson Williams frug, ob der Puls des Kranken regelmässig sei; er habe kürzlich einen ähnlichen Fall gesehen, in welchem Irregularität des Pulses vorhanden war.

Dr. Scanes Spicer: Microscopische Präparate einer verdächtigen Kehlkopfneubildung am linken Stimmband.

Bericht über die histologische Natur der Neubildung in dem Falle des in der November-Sitzung 1895 demonstrirten Kranken (Vgl. Centralblatt p. 245), welche mittlerweile entfernt worden war. Der von Dr. T. H. R. Crowle verfasste Bericht kam darauf hinaus, dass es sich um eine entzündliche Neubildung mit starker Entwicklung fibrösen Gewebes handelte.

Dr. St. Clair Thomson: Fibrom (? Fibrosarcom) des Septums.

Demonstration des Patienten und mikroskopische Präparate. Die Neubildung fand sich im rechten mittleren Nasengang eines 29jährigen Mannes; sie war unregelmässig eiförmig, hatte ein lappiges Aussehen und ging mit einem ziemlich dicken Stiele vom Centrum des Septum cartilagineum aus. Die mittelst der Schlinge vorgenommene Entfernung war von starker Blutung gefolgt, die mit dem Galvanocauter gestillt wurde. Schon zwei Wochen später zeigte sich neue deutliche Proliferation an der Ausgangsstelle. Mittlerweile war die Neubildung microscopisch untersucht worden, und die Meinungen mehrerer Sachverständiger gingen auseinander, indem einige sie für ein einfaches Fibrom, Andere für ein zweifelloses Sarcom hielten. Der Vortragende selbst neigte sich letzterer Ansicht zu. Wiederholte Cauterisation mit Chromsäure und dem Galvanocauter konnte weiteres Spriessen nicht verhindern; das Septum selbst scheint nicht infiltrirt zu sein, und die linke Seite desselben ist völlig normal. Ein interessantes subjectives Symptom war, dass innerhalb der letzten zwölf Monate der Patient constant eine „Mouche volante" etwa von der Grösse eines sixpence vor dem rechten Auge gehabt hat. Nach der Entfernung der Geschwulst verschwand dies vollständig. Als er sich aber am Tage vor der Demonstration von Neuem vorstellte, bemerkte er, dass er sicher sei, die Geschwulst wachse von Neuem, da ein Fleck von Stecknadelgrösse sich wiederum vor dem rechten Auge bewege. — Der Vortragende frug an, ob es sich um ein Sarcom handelte, und in welcher Weise die Radikalentfernung der Geschwulst zu bewerkstelligen sei.

In Beantwortung dieser Fragen sprachen Mr. de Santi, Mr. Charters Symonds, Dr. David Newman, Mr. Waggett und Mr. Stewart sich dahin aus, dass die Geschwulst unzweifelhaft ein Sarcom sei, während Mr. Spencer hiervon nicht überzeugt war, und einen Monat zu warten rieth, ehe eine weitere Operation vorgenommen wurde. — Die Geschwulst wurde dem neugebildeten Comité für Untersuchung von Tumoren zur Begutachtung überwiesen.

Dr. H. Tilley: Ein Fall von Pachydermie, Laryngitis in der Interarytaenoidfalte.

Die Patientin, eine 53jährige Frau, war bereits vor Jahresfrist der Gesellschaft demonstrirt worden; mittlerweile war sie mit Applicationen von Milchsäure und Höllenstein behandelt worden. Der Zustand hatte sich unter dieser Behandlung beträchtlich verbessert.

Dr. H. Tilley: Ein Kehlkopffall für Diagnose.

Der Patient ist ein 51jähriger Mann, der vor 13 Jahren Syphilis gehabt und seitdem häufig am Halse gelitten hat. Im Januar 1895 suchte er das London Throat Hospital wegen Athemnoth und Heiserkeit auf. Bei der Untersuchung zeigten sich Granulationsmassen an den Processus vocales beider Stimmbänder, welche aber frei beweglich waren, der linke Giessbeckenknorpel war geschwollen. Die ganze Oberfläche des Kehlkopfs war sehr roth und von beträchtlicher Schleimabsonderung bedeckt. Unter continuirlicher Administration von Jodkali und Quecksilber hat sich der Zustand so weit gebessert, dass der Patient jetzt keine Athembeschwerden mehr hat. Der beschriebene Zustand ist aber noch immer in geringerem Grade vorhanden und ist seit den letzten drei Monaten stationär geblieben. Die Frage ist, ob es sich um ein anderes syphilitisches, d. h. entweder ein tuberculöses oder selbst bösartiges Leiden handelt.

Der Präsident meinte, dass es äusserst schwierig sei, in diesem Falle eine bestimmte Meinung abzugeben, er rieth zur Entfernung eines Fragments behufs mikroskopischer Untersuchung.

Dr. Dundas Grant: Ein Fall von wahrscheinlich intralaryngealem Krebs.

Der Patient war ein 45jähriger Mann, der seit zwei Jahren an Heiserkeit und später Athembeschwerden gelitten hatte. Spontane Schmerzen waren nicht vorhanden, dagegen Schlingbeschwerden und ein stimmloser Husten, sowie Expectoration blutig gefärbten Schleims. Kein Anzeichen von Tuberculose oder Syphilis. Die Halsdrüsen nicht vergrössert, der Schildknorpel nicht verbreitert. Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand sich Schwellung und Unbeweglichkeit der ganzen linken Kehlkopfhälfte, welche vorn ein wenig auf die andere Seite übergriff. Im Uebrigen war die rechte Seite frei. Die Tracheotomie war bereits vorgenommen worden und die Athemnoth beseitigt.

Der Vortragende hielt den Fall für ein zweifelloses Beispiel von intralaryngealem Krebs. — Der Präsident stimmte dem bei und rieth zur sofortigen Vornahme der Thyreotomie und radicalen Entfernung der Geschwulst.

Sitzung vom 12. Februar 1896.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

Die Sitzung war einer

Discussion über die Natur der Kehlkopfcomplicationen des Abdominaltyphus

gewidmet, welche von Dr. Kanthack durch einen von ihm und Dr. J. A. Drysdale gemeinschaftlich verfassten Vortrag eingeleitet wurde. In diesem Vortrage gaben die Autoren an, dass sich die Situation der Kehlkopfgeschwüre beim Abdominaltyphus gewöhnlich am Rande der Epiglottis und in der Nähe der Pro-

cessus vocales befände. Die Annahme, dass es sich um Decubitalgeschwüre handle, wurde als irrthümlich zurückgewiesen. Wahrscheinlicher wäre es, dass die Geschwüre durch wiederholte Verletzungen früher schon geschwächter Gewebe verursacht würden. Ihr typhogenetischer Charakter wurde mit Bestimmtheit bestritten, da die Ulcerationen aus dem einfachen Grunde nicht das adenoide Gewebe des Kehlkopfs afficiren könnten, weil in den genannten Gegenden adenoides Gewebe überhaupt nicht existire. Der Analogieschluss, dass der Bacillus typhosus die Läsionen in derselben Weise bewirke, wie etwa Periostitis und Parotitis, sei ungenügend. Das bakteriologische Beweismatertal sei äusserst unvollständig, und das wenige, welches vorhanden wäre, spräche gegen die specifische thyphogenetische Natur der Geschwüre. Auch das klinische Material unterstütze diese Theorie nicht, da keine Beziehung zwischen den Fiebersymptomen und den laryngealen Läsionen zu bestehen scheine. Unzweifelhaft seien die Läsionen durch Mikroorganismen bedingt, welche aber nicht — ausser in den seltensten Fällen — Typhusbacillen, sondern Pyokokken zu sein schienen. Für letztere Annahme sprächen zahlreiche gewichtige Gründe.

Dr. Watson Williams (Bristol) gab zu, dass bisweilen die Kehlkopfläsionen des Abdominaltyphus ein Resultat septischer Infection sein mögen, gewöhnlich aber seien dieselben seiner Ansicht nach specifisch, und durch das Toxin des Typhus veranlasst. Die Gründe, mit welchen er diese Annahme vertheidigte, sowie die Antwort Dr. Kanthack's können hier nicht im Detail aufgezählt werden, sollten aber von allen Interessenten entweder im British Medical Journal (7. März 1896), oder besser noch in dem Originalbericht in den Verhandlungen der Gesellschaft studirt werden. Im Uebrigen betheiligten sich an der Discussion die Herren S. G. Shattock, welcher einige instructive Präparate von Kehlkopfläsionen beim Typhus demonstrirte und sich auf Grund eigener Studien bestimmt dahin aussprach, dass lymphoides Gewebe nicht in der Gegend des Processus vocalis existire. — Ferner machte Dr. J. Horne darauf aufmerksam, dass die Geschwüre im Kehlkopf von Personen, die an Typhoid gestorben wären, nicht so ganz selten tuberkulöser Natur seien. — Die Frage des Präsidenten an Dr. Kanthack, wieso die hintere Portion des Ringknorpels so häufig der Sitz tiefer destruirender Processe sei, ohne dass nothwendiger Weise die Gegend der Processes vocales der Arytänoidknorpel afficirt sei, erklärte Dr. Kanthack nicht ohne weiteres Nachdenken beantworten zu können.

Eine weitere Discussion über

Fremdkörper in den oberen Luft- und Speisewegen

wurde von Mr. Charters Symonds mit einem ausführlichen Vortrag eingeleitet, in welchem er auf zahlreiche schwierige Punkte hinsichtlich der Diagnose und Behandlung solcher Fremdkörper ausführlich einging. Die Discussion wurde auf eine spätere Sitzung vertagt und der Vortrag selbst soll im Zusammenhange mit derselben seinerzeit berichtet werden. Semon.

III. Briefkasten.

Das Wilhelm Meyer-Monument.

Da gegen die in der letzten Nummer gemachten Vorschläge von keiner Seite Einspruch erhoben worden ist, dürfen wir wohl hoffen, dass dieselben sich allgemeiner Zustimmung erfreuen. Das Centralcomité wird nunmehr die Angelegenheit weiter zu fördern haben.

Bezugnehmend auf die aus den einzelnen Ländern beigesteuerten Summen bemerken wir noch, dass das Gesammtergebniss sich schon jetzt etwas höher stellt, als in der Julinummer angegeben ist. So sind in Grossbritannien, wie der Schatzmeister in der Schlusssitzung des britischen Comités mittheilte, ca. 100 Mark neu hinzugekommen; aus Ungarn sind weitere 10 Mark eingesandt; Prof. Guye hat uns benachrichtigt, dass wir irrthümlich das Zeichen f. (Florin) für francs gedeutet haben, und dass der von ihm an Dr. Mygind gesandte Betrag sich auf circa 271 Mark beläuft; endlich erfahren wir von Prof. Moure, dass in Frankreich etwa 80 Mark mehr eingekommen sind, als angegeben worden ist. Die Totalsumme hat sich also um etwa 340 Mark vergrössert.

Fachwissenschaftliche Ausstellung der 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Frankfurt a. M., 21.—26. September 1896.

Die vereinigten Sectionen für Otologie, Laryngologie und Rhinologie beabsichtigen, in gleicher Weise wie eine Anzahl anderer Sectionen, eine fachwissenschaftliche Ausstellung während der Dauer der Naturforscherversammlung zu veranstalten. Dieselbe soll neuere Instrumente, Apparate, Präparate und elektrische Einrichtungen umfassen. Diejenigen Herren Collegen, welche beabsichtigen, diese Ausstellung zu beschicken, werden gebeten, ihre Anmeldungen mit näherer Bezeichnung der Ausstellungsgegenstände an Einen der Unterzeichneten bis spätestens 15. August gelangen zu lassen. Weitere Mittheilungen werden den betreffenden Herren auf ihre Anmeldungen hin zugehen.

Frankfurt a. M., im Juni 1896.

Dr. H. Eulenstein, Bleichstrasse 31. — Dr. B. Lachmann, Neue Mainzerstrase 76.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XII. Berlin, September. 1896. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, obere Luftwege etc.

1) **Stiles** (Edinburgh). **Halsrippe. (Cervical rib.)** *Edinburgh Medical Journal. Februar 1896.*

Vorstellung eines Kindes mit einer Rippenbildung an der linken Seite des Halses. P. MC BRIDE.

2) **Roswell Park. Ueber angeborene Fisteln in der Mittellinie des Halses. (On congenital fistulae in the median region of the neck.)** *Saint Louis Med. and Surg. Journal. Januar 1896.*

Eine klinische Vorlesung, von grösserem Interesse für den Chirurgen als den Laryngologen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

3) **Seymour Taylor. Angina Ludovici. (Ludwig's angina.)** *British Medical Journal. 14. März 1896.*

Demonstration eines 30jährigen Mannes, der soeben einen Anfall dieser Krankheit durchgemacht und sich unter dem Gebrauch von Jodkali bis auf eine geringe Verdickung an der rechten Seite des Halses vollständig erholt hatte, ohne dass Incision nothwendig geworden wäre. Der Fall gehörte zu einer Serie ähnlicher, im Hammersmith-Distrikt epidemisch aufgetretener Fälle. SEMON.

4) **G. R. Turner. Geschwulst des Halses. (Tumour of the neck.)** *British Medical Journal. 18. April 1896.*

Demonstration der Patientin am 13. April 1896 vor der Medical Society of London. Die Geschwulst war anscheinend knöchern und hing mit den vertebralen Enden der Rippen zusammen. Ihre Mutter hatte ebenfalls eine Knochengeschwulst an der rechten Seite des Halses. Wenn die Kranke die Schulter hob und die Scapula über die Schwellung bewegte, entstand ein Gefühl von Schaben. — Mr. Clinton Dent hielt die Schwellung mehr für eine Deformität als für eine Neubildung. SEMON.

5) **E. Cantley** (London). **Geschwulst des Halses bei einem Säugling. (Tumour of the neck in an infant.)** *British Med. Journal. 18. April 1896.*

Demonstration eines Kindes, welches ein venöses Angiom an der linken Seite des Halses hatte, das fünf Wochen nach der Geburt bemerkt worden war, am 13. April 1896 vor der Medical Society of London. Nichts besonderes.

SEMON.

6) **E. T. Dube. Asthma. (Asthma.)** *New England Medical Monthly. März 1896.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

7) **G. J. Vaughan. Krampfasthma durch Aortenaneurysma. (Spasmodic asthma caused by aortic aneurism.)** *Journal of Americ. Med. Associat. 11. Januar 1896.*

Drei Fälle von Aortenaneurysma, bei denen Krampfasthma ein hervorragendes und besonders quälendes Symptom bildete. Bei hartnäckigem Asthma älterer Personen soll stets an die Möglichkeit dieser Ursache gedacht werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

b. Nase und Nasenrachenraum.

8) **C. D. Spivak. Nasenaffectionen als ursächliche Factoren der chronischen Gastritis. (Nasal affections as factors of chronic gastritis.)** *Philad. Polyclinic. 7. März 1896.*

Wenn alle anderen Mittel fehlgeschlagen waren, gelang es Verf. oft, chronische Magenkatarrhe zur Heilung zu bringen durch Behandlung der gleichzeitig bestehenden chronischen Rhinitis. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

9) **Cahn** (Strassburg). **Acute und chronische Bronchitis verursacht durch Nasenpolypen. Paroxysmaler Schnupfen bei abdominellen Affectionen.** *Zeitschrift f. prakt. Aerzte. 7. 1896.*

C. macht darauf aufmerksam, dass es Fälle von akut oder allmälig sich entwickelnder Bronchitis giebt, die im Zusammenhang mit greifbaren Nasenaffectionen stehen und in deren Verlauf spasmodische Zustände niemals in Erscheinung treten. Zur Illustration dient die Krankengeschichte einer 36jährigen Frau, bei welcher eine akut einsetzende Bronchitis mit kleinen Nasenpolypen zusammenhing und so lange dauerte, bis dieselben ausgerottet waren. Bemerkenswerth war hier, dass die Nasenathmung stets frei gefunden wurde. Schliesslich erwähnt C. noch einen Fall, bei welchem typische paroxysmale Schnupfenanfälle durch ein Leiden der Gallenwege hervorgerufen wurden. SEIFERT.

10) **G. J. Monroe. Heufieber. (Hay fever.)** *Cincinnati Medical Journal. August 1895.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS)

11) **F. W. Strangways. Heufieber. Eine erfolgreiche Behandlungsmethode gegründet auf einer neuen Theorie der Erkrankung. (Hay fever. A successful treatment founded on a new theory.)** *The Physician and Surgeon. Januar 1896. Ann. of Ophthalmol. and Otology. Januar 1896. N. Y. Med. Record. 21. März 1896.*

S. führt die Krankheit auf ein Toxin zurück, das der Pollenstaub durch einen fermentativen Process in einer alkalischen Lösung erzeugt. Dieses Toxin verursacht vasomotorische Parese mit Secretionsstörungen und die Secrete bilden den Reiz, der die Niesparoxysmen herbeiführt. Saure Lösungen mit der Nasendouche beigebracht hemmen den Fermentationsvorgang und die reichliche interne Anwendung von Salzsäure macht den Organismus gegen das Toxin immun. Mit dieser Therapie — saure Nasendouche und Salzsäure innerlich — hat Verf. bei 17 Patienten gute Resultate erzielt. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

12) **Hall. Heufieber. (Hay fever.)** *N. Y. Med. Record. 1. Februar 1896.*

Rp.	Liqu. Fowleri arsenical.	
	Extr. Nuc. vomic. fluid.	
	Extr. Cinchonae fl. (detannat.) ana	22,5
	Alcohol	75,0
	Syr. cort. Aurant. q. s. ad	480,0

M.D.S. 3mal täglich, mit oder nach dem Essen, 1—2 Theelöffel voll zu nehmen.

LEFFERTS.

13) **M. Straub** (Amsterdam). **Vasomotorische Neurose des Auges durch Reizung der Nasenschleimhaut ausgelöst. (Vasomotorische neurose van het oog, opgewekt door prikkeling van het neusslijmolies.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1896. I. No. 5.*

Zwei bis sechs Tage dauernde Anfälle von Schmerz und Röthung beider Augen, Epiphora und Photophobie. In der linken Nasenseite sass eine Leiste der Scheidewand, welche die laterale Nasenwand berührte. Schleimhauthypertrophie der Muscheln. Nach Abtragung der Leiste und Cauterisation der Schleimhaut nahezu vollständige Heilung. H. BURGER.

14) **G. Laurens. Nasale Affectionen und reflectorische Augenstörungen. (Affections nasales et troubles oculaires réflexes.)** *Presse méd. 22. Januar 1896.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von ziemlich seltenen Augenaffectionen, die reflectorisch von Nasenrachenerkrankung ausgelöst waren. Der erste Fall betrifft einen 31jährigen Mann, der seit lange an Nasenverstopfung durch Schleimhauthypertrophie und Synechie zwischen unterer Muschel und Nasenscheidewand litt. Derselbe bekam allmälig einen chronischen Blepharospasmus am rechten Auge (rechts war auch die Nase verstopft), welcher nach Operation des Nasenverschlusses vollständig verschwand.

Im zweiten Fall hatte ein 6jähriges Mädchen mit adenoiden Wucherungen linksseitigen Strabismus convergens; auch hier trat durch die Operation Heilung ein. A. CARTAZ.

15) **G. Laurens. Nasale Affectionen und reflectorische Augenstörungen. (Affections nasales et troubles oculaires reflexes.)** *Ann. d'ocul. April 1896.*

Verf. theilt die verschiedenen Augenstörungen, die bei Nasenleiden vorkommen, ein in

1. Reflexstörungen, die die allgemeine oder specielle Sensibilität des Auges treffen (Neuralgien, Photophobie, Amblyopie).

2. Erscheinungen durch Reizung der nasalen Trigeminusäste (Thränen).

3. Reflectorische Störungen der Motilität (Blepharospasmus, Strabismus, Mydriasis, Asthenopie).

4. Nutritive und vasomotorische Störungen an den Umhüllungsmembranen des Auges (Conjunctivitis, Iritis, Glaucom, Exophthalmus etc.).

Verf. erörtert den Ursprung dieser Störungen durch reflectirte nervöse Reizung (Hack, Berger) oder durch Circulationsstörung (Ziem); er hält auch die Möglichkeit einer Secundäraffection durch Mikroben oder ihre Gifte für vorliegend.

A. CARTAZ.

16) **J. A. Reid** (Gippsland, Victoria). **Fälle von Ohren-Schwindel. (Cases of aural vertigo)** *Intercolonial Medical Journal of Australia. 20. März 1896.*

R. berichtet über einen Fall von protrahirten Schwindelanfällen bei gleichzeitigem Vorhandensein von adenoiden Vegetationen. Der Patient war ein zwölfjähriger Knabe; ein Ohrenleiden bestand nicht. Es hat seine Schwierigkeit, den Schwindel mit den Adenoidgeschwülsten in Zusammenhang zu bringen, da doch die Ohren nicht afficirt waren; aber die Thatsache bleibt bestehen, dass die Entfernung der Adenoiden sehr schnell den Schwindel zum Verschwinden brachte.

A. J. BRADY.

17) **W. Scheppegrell. Schwindel nasopharyngealen Ursprungs. (Vertigo of naso-pharyngeal origin.)** *Medical News. 23. Mai 1896.*

Kopfschmerzen sind gelegentlich Folge eines catarrhalischen Zustandes der Nasenrachenhöhle; der folgende Fall aber, in dem Schwindelanfälle durch einen retronasalen Catarrh verursacht waren, ist sicherlich sehr selten. Der Patient leidet seit vielen Jahren an „Catarrh". In den letzten zwei Jahren bekommt er, wenn er nach dem Essen Versuche macht, durch Ausspülungen seinen Hals zu reinigen, Brechreiz und Schwindel und muss sich am Stuhl oder sonstwie festhalten, um nicht zu fallen. Der Schwindelanfall ist manchmal sehr heftig und führte gelegentlich zu vollständiger Bewusstlosigkeit. LEFFERTS.

18) **George W. Graham. Ein Zahn in der Nase wachsend. (A tooth growing in the nose.)** *The Charlotte Med. Journal. Februar 1896.*

Der Zahn war bei dem 10jährigen Mädchen durch den Oberkiefer hindurch in die untere Nasenmuschel gedrungen und war in dieser weitergewachsen; er wurde mit der Zahnzange entfernt. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

19) **Grob** (Bulach). **Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 1. 1896.*

Nichts Neues. Gebrauch des gewöhnlichen Polypenschnürers.

JONQUIÈRE.

20) **Meyer** (Zürich). **Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 3. 1896.*

Bemerkung zur vorhergehenden Publication: Gebrauch von Cocain. 5 proc. Sprühregen etc. JONQUIÈRE.

21) **Gustav Lantin** (Wien). **Ueber Fremdkörper der oberen Luftwege und vier neue Fälle von Rhinolithen** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinolog. 4. Bd. Heft 2. 1896.*

Bericht über die Fälle von Fremdkörpern der oberen Luftwege, die auf Prof. O. Chiari's Abtheilung in den letzten zwei Jahren zur Beobachtung gekommen sind. Es sind dies 18 Fälle von eigentlichen Fremdkörpern der Nase und 4 Fälle von sogen. Nasensteinen, dann 11 Fälle von Fremdkörpern in der Mundrachenhöhle und 1 Fall von Fremdkörpern im Larynx. Die 4 Rhinolithen sind sorgfältig mikroskopisch und chemisch untersucht worden; es ergab sich, dass in allen 4 Fällen dem Stein ein Fremdkörper zu Grunde lag, um den sich als Krystallisationspunkt krystallinische und bakterielle Anhäufungen gebildet hatten. Eine active Thätigkeit der Bakterien anzunehmen, sieht Verf. keinen Grund; der Fremdkörper selbst in Verbindung mit der durch ihn hervorgerufenen abnormen Secretion sind Ursache der Rhinolithenbildung, zu der die Bakterien wohl nur „passives Baumaterial" liefern. — Der Fall von Fremdkörpern im Larynx ist in mancherlei Beziehung interessant. Es handelt sich um ein Kind, das ein Stück von einer Eierschale aspirirt hat. Der Fremdkörper ist in der Glottis sichtbar, aber seiner Zerbrechlichkeit wegen nicht fassbar. Auch nach der Tracheotomie entschlüpft er der Pincette und bleibt verschwunden. Das Kind genas. Verf. nimmt als wahrscheinlich an, dass der Fremdkörper in den Oesophagus gerathen und im Magen aufgelöst worden ist. F. KLEMPERER.

22) **John Bach** (Liverpool). **Nasensteine. (Rhinoliths.)** *Liverpool Med. Chir. Journ. Januar 1896.*

B. theilt die Nasensteine ein in freie und encystirte. Anscheinend ist er der Meinung, dass die letzteren in den nasalen Drüsen gefunden werden. Er theilt einen Fall mit, bei dem der Kern des Nasensteins aus einem kleinen Stück eines Schieferstiftes bestand. P. MC. BRIDE.

23) **James W. Barrett** (Melbourne). **Ein grosser Nasenstein. (A large rhinolith.)** *Intercolonial Quarterly Journal of Medicine and Surgery. Februar 1896.*

Patient war 38 Jahre alt. Die ersten Symptome, die sich ein Jahr, bevor B. den Kranken sah, zeigten, waren die eines Schnupfens. Der Stein wurde zum Theil zerdrückt und dann in den Nasenrachenraum gestossen; er wog im Ganzen 3,78 g. A. J. BRADY.

24) **Mackenzie Johnston** (Edinburgh). **Knopf als Kern eines Nasensteins. (Button which formed the nucleus of a rhinolith.)** *Edinburgh Medical Journal. Februar 1896.*

Demonstration eines Präparates. P. MC. BRIDE.

25) **W. Scheppegrell. Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der Nasensteine. (Etiology, symptoms and treatment of rhinoliths.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 2. Mai 1896.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

26) **X. Abbildung eines Falles von adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum. (Illustration: Adenoids of the vault of the pharynx.)** *Pediatrics. 15. Januar 1896.*

Ein vortrefflicher Holzschnitt, die typische Gesichtsbildung bei adenoiden Wucherungen illustrirend. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

27) **Wilhelm Meyer. Die allgemeine Verbreitung und das Alter der Adenoidwucherungen. (The universality and antiquity of adenoid vegetations.)** *Med. Record. 4. April 1896.*

Ein Auszug aus der bekannten letzten Arbeit Meyer's (Hospitalstidende, 6. und 13. Februar 1895). LEFFERTS.

28) **W. F. Quaife** (Sydney). **Weitere Bemerkungen über adenoide Hypertrophien. (Further notes upon adenoid hypertrophies.)** *Australian Medical Gazette. 20. Februar 1896.*

Das adenoide Gewebe in der Schleimhaut des Respirationstractus, wie an irgend einer anderen Stelle des Körpers, proliferirt unter dem Einfluss äusserer Kräfte; seine Function ist die Retention giftiger Extraxtivstoffe und die Ausarbeitung von ungiftigen Stoffen (Antidote). Im Pharynx kann adenoide Hyperplasie durch die Einwirkung im Organismus selbst entstehender Irritantien zu Stande kommen. Verschiedene Extractivstoffe der Muskeln, Creatinin, Sarcin, Betain etc. sind im Stande, in dieser Weise als Reiz zu wirken. Adenoide Wucherungen können die Folge von Ernährungs- und Stoffwechselstörungen sein und diese sind oft erblich. Die Lymphbahnen verrlaufen von der Paukenhöhle zum Nasopharynx vornehmlich auf dem Wege der Eustachischen Röhre; im Pharynx sammeln sich die Lymphsinus der verschiedenen Tonsillen und durch das adenoide Gewebe wird die Lymphe zu den tieferen Halsdrüsen abgeführt. Das Vorhandensein adenoider Hyperplasie im Pharynx schafft die Tendenz zu Lymphcongestion und die Hyperplasie kann die Lymphbahnen entlang bis zu deren Quellen vorschreiten. In schweren Fällen sind die Lymphgefässe in der Tube nicht nur mit Flüssigkeit überstaut, sondern diese enthält auch massenhafte Rundzellen und schliesslich entsteht ein festes Reticulum, in dem die Zellen fixirt sind. Die Häufigkeit von gleichzeitigem Bestehen adenoider Hypertrophien bei Kindern mit sklerosirender Otitis media scheint mehr als zufällig zu sein. Die Abtragung hypertrophirter Tonsillen muss sorgfältig und vollständig geschehen; eine Allgemeinbehandlung ist oft nothwendig sowohl für prophylactische, wie für Heilungszwecke.

A. J. BRADY.

29) **Jacquin. Die pathologische Anatomie der adenoiden Vegetationen. (Anatomie pathologique des végétations adenoides.)** *Union méd. du Nord-Est. No. 15. 15. März 1896.*

Dem Ref. nicht zugänglich. A. CARTAZ.

30) **C. H. Knight. Adenoidwucherungen im Nasenrachenraum. (Adenoids in naso-pharynx.)** *New England Med. Monthly. März 1896.*

Klinische Vorlesung; nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

31) **Arslan. Adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum. (Adenoid vegetations of the nase-pharynx.)** *Philad. Med. News. 18. Januar 1896. N. Y. Medical Record. 14. März 1896.*

Verf. hält nach ausgedehnten klinischen Studien die Adenoidwucherungen für häufig in Italien. Primäre Ursachen derselben sind hereditäre und dyscrasische Erkrankungen, secundäre Ursachen Feuchtigkeit und Infectionskrankheiten. Zur Operation wählt Verf. die Incision nach Moritz Schmidt, danach das Auskratzen mit dem Finger. Zur Narkose bevorzugt er das Bromäthyl. Verf. verlangt die Entfernung der Vegetationen in allen Fällen, in denen solche nachweisbar sind und er fordert die Untersuchung aller Kinder auf das Vorhandensein von Adenoiden vor Aufnahme in eine öffentliche oder private Schule.

LEFFERTS.

32) **Texier. Adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum; operable und nicht zu operirende. (Des végétations adénoides du pharynx nasal, celles qu'on opère et celles qu'on n'opère pas.)** *Gazette méd. de Nantes. 12. April 1896.*

Klinische Vorlesung; nichts Bemerkenswerthes. A. CARTAZ.

33) **W. Permewan** (Liverpool). **Der Nasenrachenraum in seiner Beziehung zur Stimme. (The nasopharynx in relation to voice.)** *Liverpool Med. Chir. Journ. Januar 1896.*

Verf. bespricht den schädlichen Einfluss der Adenoidwucherungen im Nasenrachenraum auf die Stimme. Er ist der Meinung, dass selbst leichte Affectionen des Nasenrachens durch Reflexwirkung starken Einfluss auf die Kehlkopfadductoren ausüben können. Die nasopharyngeale Behandlung übt oft einen günstigen Effect auf die Stimme. P. MC. BRIDE.

34) **G. F. Eames. Die Beziehung adenoider Vegetationen zu Unregelmässigkeiten der Zähne und dazugehöriger Theile. (The relation of adenoid vegetations to irregularities of the teeth and associated parts.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 15. Februar 1896.*

1. Mundathmung ist gewöhnlich Begleiterscheinung adenoider Wucherungen, doch ist dies nicht stets der Fall; andererseits kommt Mundathmung auch ohne adenoide Wucherungen vor, z. B. bei chronischer Hypertrophie der Nasenmuscheln, bei manchen Nasenscheidewanddeformitäten u. a. m.

2. die adenoiden Massen füllen selten den Rachenraum so aus, dass die Athmung gehindert ist, vielmehr ist die Athmung durch den Mund Folge der durch die Adenoidwucherungen gesetzten Reizung.

3. Die Mundathmung verursacht niemalt adenoide Wucherungen.

4. Ebensowenig verursacht sie Unregelmässigkeiten der Zähne.

5. In vielen Fällen bestehen Deformitäten des Gaumens und Unregelmässigkeiten der Zähne, ohne dass adenoide Wucherungen vorhanden sind.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) **Marage** (Paris). **Medicamentöse Behandlung adenoider Vegetationen. (Traitement médical des végétations adénoides.)** *Acad. de méd. 2. April 1895.*

Verf. behauptet, dass er das Verschwinden adenoider Vegetationen in 6 bis 10 Sitzungen durch Einpinselung einer Mischung von gleichen Theilen Wasser und Resorcin erzielt.

LUC.

36) **Courtade. Zur Behandlung adenoider Vegetationen. (Traitement des végétations adénoides.)** *Bull. génér. de thérap. 15. Mai 1896.*

Kritische Uebersicht; nichts Neues.

A. CARTAZ.

c. Mundrachenhöhle.

37) **Parak. Ein Fall von noch nicht beschriebener parasitärer Erkrankung der Zunge beim Neugeborenen. (Observation d'une lésion parasitaire non décrite de la langue chez le nouveau-né.)** *Journ. de méd. Paris. 5. Januar 1896.*

Neugeborenes Mädchen, ausgetragen, aber klein, 1875 g schwer und nur 46 cm. lang. Es entwickelt sich unter künstlicher Warmhaltung gut. Am 4. Tage findet man auf dem Zugenrücken eine Reihe von weisslichen Plaques, die der Zunge fest anhaften, erhabenen Rand haben, aber Soorplaques absolut nicht ähnlich sehen. Abgeschabt, verschwinden diese Flecke dauernd. Mikroskopische und culturelle Prüfung lässt die Plaques als Pilzwucherungen erkennen; es handelt sich aber nicht um Oidium, sondern um eine seltene Hefeart.

A. CARTAZ.

38) **E. Schmiegelow. Beitrag zur Pathogenese der sogenannten schwarzen Zunge.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinologie. 4. Bd. Heft 2. 1895.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die bisherigen Erklärungen dieses eigenthümlichen Leidens; schwarzfärbende Pilze sind bereits von Ciaglinsky-Hewelke und Sendziak bei demselben nachgewiesen worden.

Verf. selbst sah 2 Fälle; bei beiden ergab die Untersuchung schwarze Pilze aus der Klasse der Hyphomyceten. Zur Cultur eignet sich ein Gemisch von Weissbrod und Gelatine und eine Temperatur von 21° C. Bei 37° wachsen die Pilze nicht. Falsche Nährböden- und Temperaturverhältnisse sind vielleicht schuld, dass bei vielen Autoren die Culturversuche ohne Ergebniss verliefen. Sch.'s Pilze sind mit den von Ciaglinsky-Hewelke und Sendziak gezüchteten nicht identisch; es könnten aber verschiedene Formen dieselbe irritirende Wirkung auf den Wuchs und die Färbung des Zungenepithels haben.

F. KLEMPERER.

39) **Vard H. Hulen. Bericht über einen Fall von cavernösem Angiom der Zunge. (Report of a case of cavernous angioma of the tongue.)** *N. Y. Med. Journal. 26. October 1895.*

Der Tumor, dessen Sitz und Aussehen eine beigegebene Abbildung schön

veranschaulicht, sass an der linken Zungenseite 3 cm hinter der Spitze; er war fast kuglig, sah bläulich aus und liess sich zum Theil fortdrücken, schwoll aber schnell wieder zu seiner alten Grösse an. Er mass etwas über 3 cm in den verschiedenen Durchmessern. Pulsation bestand nicht. LEFFERTS.

40) **Bidwell. Adenom der Zunge. (Adenoma of the tongue.)** *British Medical Journal. 14. März 1896.*

Demonstration der Patientin am 6. März vor der West London Medico-Chirurgical Society. Die Patientin war ein 14jähr. Mädchen, welches einen mit Bläschen besetzten Tumor in der linken Hälfte der Zungenspitze hatte. Die Bläschen waren wahrscheinlich durch Obstruction der Lymphgefässe verursacht. Eine Operation war beabsichtigt. SEMON.

41) **Howard S. Straight. Die Hypertrophie der Zungentonsille, mit einer Krankengeschichte. (Hypertrophy of the lingual tonsil with report of a case.)** *Cleveland Medical Journal. Februar 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

42) **E. Escat. Phlegmonöse Entzündung der Zungentonsille (David Gaigle's Angina lingualis; A. Broca's basale Glossitis). (Phlegmonous lingual amygdalitis.)** *Medical News. 21. März 1896.*

33jähr. Schuhmacher, der von einer Angina nach 8 Tagen nahezu geheilt war, bekam am 9. Tag ein Recidiv mit stärkeren Fiebererscheinungen, als bei der ersten Attacke (Schlaflosigkeit, Kopfschmerz etc.); dabei Schluckbeschwerden, selbst beim Schlucken von Flüssigkeiten, Ohrenschmerz auf der linken Seite und ein Gefühl von Fremdkörper im Hals. Die Rachenschleimhaut war in mässigem Grade diffus entzündet, die Mandeln leicht geschwollen. An der Regio subhyoidea bestand ein leichtes Oedem und die Zunge war auffallend schwer beweglich. Mit Hilfe eines besonderen Zungenspatels und des Kehlkopfspiegels constatirte man eine stark geröthete Anschwellung an der Zungenbasis, die die ganze linke Hälfte der Zungentonsille einnahm und bis zur Epiglottis herunterreichte. Es wurde für rathsam erachtet, eine Incision zu machen; bevor dies aber geschah, fand bei einem heftigen Spasmus des Rachens der Durchbruch des Abscesses statt und ein Strom von Eiter überschwemmte den Hals. Der Patient fühlte sofort grosse Erleichterung; nach 3 Tagen war er geheilt. LEFFERTS.

43) **Lennox Browne. Chronische Hypertrophie und Varixbildungen der Zungentonsille. (Chronic hypertrophy and varix of the lingual tonsils.)** *Liverpool Med. Chir. Journ. Januar 1896.*

Von 1547 Privatpatienten mit Halsaffectionen hatten nicht weniger als 438 oder 28,3 pCt. linguale Varicen. [Vgl. hierzu das folgende Referat. Red.] Keine weiteren objectiv nachweisbaren localen Affectionen waren vorhanden bei 123 von diesen Fällen, Erschlaffung der Uvula bei 201, chronische Pharyngitis bei 49 und Hypertrophie der Zungentonsille bei 146 oder 33 pCt. 303 Patienten waren männlichen, 135 weiblichen Geschlechts. 99 Patienten waren durch ihren Beruf auf den Gebrauch der Stimme angewiesen. Das

durchschnittliche Alter betrug 25 bis 45 Jahre. Die Hauptursache ist eine constitutionelle oder erworbene Schwäche der Vasomotoren. Bei 124 Fällen = 28,7 pCt. bestand Nasenstenose. Die Symptome waren Paraesthesien, prickelnde Schmerzen, oft geringe (passive) Blutungen, bisweilen Schlundtenesmus.

Die Behandlung ist eine allgemeine und locale. Bei leichten Fällen genügt Lugol'sche Lösung. Die varicösen Gefässe sollen mit dem Galvanokauter zerstört werden; man kann einen flachen Brenner für die hypertrophische Tonsille benutzen, aber auch die kalte oder heisse Schlinge. Die nasale Stenose bessert sich oft unter dem Einfluss dieser Behandlung; ist dies nicht der Fall, so wird eine Localbehandlung der Nase nothwendig.

ADOLPH BRONNER.

44) **H. Tilley. Functionelle Aphonie beim Mann. Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der sogen. varicösen Venen an der Zungenbasis. (Functional aphonia in man. Treatment with special reference to so-called varicose veins at the base of the tongue.)** *Lancet. 15. Februar 1896.*

Verf. berichtet über 3 Fälle, bei denen Varicositäten der Venen an der Zungenbasis von Londoner Specialärzten diagnosticirt worden sind und die Operation (Galvanokaustik) derselben zum Zwecke der Heilung bestehender Aphonie empfohlen wurde. In einem Fall wurde auch die Abtragung der unteren Nasenmuscheln angerathen, obgleich dieselben — wie die spätere Untersuchung durch einen anderen Specialisten ergab — in vollständig normalem Zustand waren.

1. Geistlicher, verlor plötzlich die Stimme im Juni 1894. Vier Monate später consultirte er einen Londoner Specialisten. Als Ursache der Aphonie wurden varicöse Venen an der Zungenbasis angesprochen und dieselben cauterisirt. Keine Besserung. Abtragung der unteren Nasenmuscheln wird angerathen, vom Pat. aber verweigert. Verf. sah den Kranken im November 1895. Von Varicositäten an der Zungenbasis ist nichts zu constatiren; die Nasenwege sind vollständig frei, es hat nie eine Verstopfung der Nase bestanden. Mit dem faradischen Strom bei Anwendung der Mackenzie'schen intralaryngealen Electrode wird Pat. schnell vollständig geheilt.

2. 38jähr. Mann, seit 3 Wochen heiser. Von specialärztlicher Seite wird die Beseitigung varicöser Venen an der Zungenbasis empfohlen. Pat. lehnt die Operation ab. 4 Tage später sah Verf. denselben; von erweiterten Venen konnte er nichts entdecken. Diätverordnungen; körperliche Bewegungen (Reiten) empfohlen. Heilung.

3. 41jähr. Schullehrer, klagt über leichtes Ermüden der Stimme. Leichte Pharyngitis lateralis vorhanden, Zungenbasis vollständig normal. Der Pat. sucht anderweitigen Rath und erfährt, dass die varicösen Venen an der Zungenbasis Ursache der ganzen Störung sind. Diese werden cauterisirt. Fast 14 Tage liegt der Pat. jetzt zu Bett mit schweren localen Entzündungserscheinungen.

Tilley hat noch von zahlreichen ähnlichen Fällen gehört. Er fragt, ob denn die Varicositäten an der Zungenbasis so häufig sind; er selbst hat nie einen genuinen Fall davon beobachtet.

[Diese merkwürdigen und für den Uneingeweihten fast unbegreiflichen Offenbarungen werfen ein eigenthümliches Licht auf die Art und Weise, wie die Laryn-

gologie von einer gewissen Anzahl von Specialisten in London betrieben wird. Der Artikel erregte ein grosses Aufsehen, obgleich die Thatsachen den meisten englischen Laryngologen schon seit längerer Zeit bekannt waren. Es erfolgte in der Lancet ein interessanter Briefwechsel, aus dem wir folgenden kurzen Auszug geben:

Lancet, 22. Februar 1896.

1. Watson Williams hat häufig bei älteren Leuten leichte Varicositäten an der Zungenbasis gesehen; häufiger aber noch finden sich solche bei Leuten, die niemals über irgend eine Störung im Halse zu klagen hatten.

2. Lennox Browne weist darauf hin, dass er als einer der Ersten auf die Bedeutung der varicösen Venen an der Zungenbasis aufmerksam gemacht hat und dass die Wichtigkeit derselben jetzt von vielen Seiten anerkannt wird.

3. Percy Jakins hat zahlreiche Fälle mit störenden Symptomen beobachtet, die durch Behandlung des vorhandenen „Varix lingualis" geheilt wurden.

4. W. Holloway meint, dass in Tilley's erstem Falle die Varicen an der Zungenbasis galvanocaustisch zerstört wurden, ehe Tilley den Fall zu Gesicht bekam.

5. Abercrombie hat viele Fälle von unklaren Rachen- und Kehlkopfsymptomen durch Behandlung der lingualen Venen geheilt.

Lancet, 29. Februar 1896.

6. H. Butlin, de Havilland Hall, Greville Mc Donald, Felix Semon, Charters Symonds stehen nach ihrer persönlichen Erfahrung voll auf dem Standpunkt von Tilley und Watson Williams.

7. Mc Bride hält wirkliche Varicen der Zunge für etwas sehr Ungewöhnliches. Wenn alle etwas erweiterten Venen an der Zungenbasis cauterisirt werden, macht man den Patienten bloss ohne Noth Schmerzen und unnütze(!) Ausgaben.

8. Wingrave warnt vor einem Zusammenwerfen leichter Erweiterungen der Zungenvenen und echter Varicen der Zunge.

9. Tilley erwiedert, dass in seinem ersten Falle der Hausarzt die Zunge vor Anwendung des Galvanocauters sorgfältig untersucht, von Venenerweiterungen aber nichts gesehen hat. Lennox Browne antwortet er, dass er durchaus bereit ist, die Namen der Patienten und auch die der behandelnden Specialärzte zu nennen. Er weist auf eine Arbeit in dem Liverpool Medical Journal, in der Browne mittheilt, dass er unter 1547 Privatpatienten nicht weniger als 438 Fälle von lingualem Varix (!!) gesehen hat. Tilley kann, wenn es nothwendig ist, zahlreiche ähnliche Fälle seinen drei publicirten zur Seite stellen.

Lancet, 7. März 1896.

10. Lennox Browne macht persönliche Bemerkungen über einige Autoren der obigen Briefe.

11. G. Fourquemin war sehr überrascht, als er in Wien von Prof. Chiari hörte, dass derselbe niemals einen Fall von varicösen Venen an der Zungenbasis gesehen habe, der den Gebrauch des Galvanocauters erfordert hätte. Es stand das in vollstem Gegensatz zu dem, was er in London gelernt hatte.

Lancet, 14. März 1896.

12. H. Coates erwähnt als allgemeiner Praktiker 4 Fälle (gewöhnliche

Halsschmerzen, einfache Aphonie, vergrösserte Tonsillen), bei denen von Londoner Specialisten linguale Varicen diagnosticirt und auch cauterisirt wurden.

13. Watson Williams corrigirt einige Angaben aus dem letzten Briefe von Lennox Browne.

Lancet, 21. März 1896.

14. Lennox Browne citirt Watson Williams' Lehrbuch der Erkrankungen des Respirationstractus, wonach Varix der Zunge bei chronischer Pharyngitis häufig vorkommt. Den Gedanken, schon leicht erweiterte Venen der Zunge mit dem Galvanocauter zu behandeln, weist auch er zurück.

15. Tilley bedauert, dass es keinen Gerichtshof giebt, dem über Fälle, wie er und Coates sie veröffentlicht haben, Untersuchung und Urtheil zusteht. Er bemerkt, dsss Lennox Browne auf sein Anerbieten, Namen zu nennen, nicht geantwortet hat.

Lancet, 28. März 1896.

16. Felix Semon stellt die Frage klar, um die sich der Streit eigentlich dreht: Sind varicöse Venen an der Zungenbasis wirklich eine Krankheit und erfordern sie oft einen galvanocaustischen Eingriff?

17. Watson Williams gesteht, dass er seit Erscheinen seines Buches seine Anschauungen über diesen Punkt geändert hat. Er hat damals die Angaben Lennox Browne's als Thatsachen hingenommen. Spätere eigene Erfahrung hat ihn belehrt, dass die Bedeutung dieser Zungenvenen stark übertrieben worden ist und dass die Browne'sche Lehre in der Praxis sehr beklagenswerthe Wirkungen gezeitigt hat.

18. Brashen berichtet über einen Fall von Heiserkeit bei einem Sänger, dem von einem Londoner Specialisten die Zungenvenen mehrere Male cauterisirt und auch mehrere kleine Nasenpolypen entfernt wurden, ohne dass die Heiserkeit geheilt wurde.

19. Lennox Browne erwidert Tilley, dass er sich offenbar habe täuschen lassen, indem er ein Gebiet betreten habe, auf dem er nicht zu Hause und darum unsicher sei.

Der Herausgeber der Lancet schliesst die Discussion mit dem Bemerken, dass die Mehrzahl der Autoren das häufige Vorkommen lingualer Varicen und die Nothwendigkeit operativer Behandlung derselben leugnet.]

ADOLPH BRONNER.

45) **E. Woakes. Ein neuer Zungenherabdrücker. (A new tongue depressor.)** *Brit. Med. Journal. 29. Februar 1896.*

Beschreibung und Abbildung des Instrumentes. Langer Griff, das Zungenende ist kürzer als beim Fränkel'schen Spatel, breit auslaufend und rechtwinklig abgebogen. Zu beziehen bei Mayer und Meltzer, Great Portland Street.

ADOLPH BRONNER.

46) **Foucher. Anomalie der Arteria pharyngea ascendens. (Anomalie de l'artère pharyngienne ascendante.)** *L'Union médicale du Canada. Januar 1896.*

Die Pat., eine Frau von 65 Jahren, litt an einer Pharyngitis atrophica. Rechts an der hinteren und äusseren Rachenwand, etwas hinter dem hinteren

Gaumenbogen sah man unter der Schleimhaut ein umfangreiches pulsirendes Gefäss. Dasselbe stieg von unten nach oben und von aussen nach innen gerichtet zur Wölbung des Nasopharynx hinauf. Die Patientin selbst wusste von dieser Anomalie nichts. F. hält das Gefäss für einen Ast der Carotis externa, der abnorm entwickelt ist; irgend eine Läsion in der Umgebung, die die Existenz dieses Astes hätte erklären können, war nicht vorhanden.

Sappey (Anat. descrip. Vol. 2. p. 585) giebt an, dass die Art. pharyngea ascendens von den andern Carotiszweigen durch ihre verticale Richtung sich unterscheidet.

Die Anomalie scheint nach den spärlichen in der Literatur vorhandenen Angaben eine recht seltene zu sein. Von 5 Fällen, die in den Annales des maladies de l'oreille et du larynx (Februar 1887) mitgetheilt sind, betreffen alle Frauen und zwar an Rhinitis atrophicans leidende. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

47) **Deglaire. Chronische Entzündungen des Rachens und Rachentherapie. (Des inflammations chroniques du pharynx, pharyngotherapie.)** *Thèse de Lyon. 1896.*

Eine allgemeine Studie über die verschiedenen Formen von Pharyngitis; nichts Besonderes. A. CARTAZ.

48) **Danet. Gegen trockene Pharyngitis. (For dry pharyngitis.)** *Med. News. 8. Februar 1896.*

Rp.	Acid. carbol.	4,0
	Tinct. Jodi	0,3
	Tinct. Aloes	0,45
	Tinct. Opii	gtt. X
	Glycerin.	ad 30,0

S. Als Spray mehrmals täglich. LEFFERTS.

49) **Cecil Parser** u. **Frank Tidswell** (Sydney). **Ein Fall von Pharyngomycosis leptothricia. (A case of pharyngomycosis leptothricia.)** *Australian Medical Gazette. 20. März 1896.*

Der Pat. war 35 Jahre alt; die linke Mandel und die umgebende Schleimhaut zeigten eine Anzahl kleiner weisser Hervorragungen. Diese wurden mit dem Volkmann'schen Löffel entfernt und die betreffenden Stellen dann mit einer Sublimatlösung 1 : 500 abgerieben; von derselben wurde auch ein Gurgelwasser verordnet. Die Gebilde zeigten Neigung zu Recidiven. Heute aber — nach 1 Jahr — berichtet der Pat., dass er vollständig in Ordnung sei. Die mikroskopische Untersuchung der Gebilde ergab deren Zusammensetzung aus verhornten Epithelzellen und einer weichen Masse, bestehend aus körnigem Detritus und Bakterien. Von letzteren wurden identificirt: 1. Bacillus (leptothrix) buccalis maximus. 2. Leptothrix innominatus (Miller). 3. Jodococcus (Miller). 4. Spirochaete dentium. Ferner ergab die Züchtung auf verschiedenen Nährmedien den Staphylococcus pyogenes albus und einen anderen nicht identificirten Coccus. Es wurden also nur solche Bakterien gefunden, die gewöhnlich im Munde

vorkommen, aber ihre Zahl war eine ungewöhnlich grosse und besonders bemerkenswerth erschien das Vorhandensein der vielen fädigen Formen.

A. J. BRADY.

50) **Jos. T. Campbell. Pharyngomycosis leptothricia. (Pharyngo-mycosis leptothricia.)** *Medical News. 4. April 1896.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

51) **A. Ravogli. Ulceröses Syphilid des Pharynx. (Ulcerative syphilid of the pharynx.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 18. Januar 1896.*

Das ulceröse Syphilid des Rachens, das in späteren Stadien der secundären Periode auftritt, ist nicht häufig. R. beobachtete es unter einer grossen Reihe von Syphilitikern nur 4mal; alle 4 Patienten waren Männer und zwar zugleich Alkoholiker und Raucher. Die Affection begann 2—3 Jahre nach dem primären Schanker. Constante Symptome waren Fieber und heftige Schmerzen beim Schlucken. Lokal zeigte sich eine dunkelrothe entzündliche Hervorragung, die bald in der Mitte ulcerirte. Bei der Heilung blieb eine weissliche oberflächliche Narbe zurück. Der Reizung durch den Alkohol- und Tabak-Gebrauch schreibt Verf. die meiste ätiologische Bedeutung für die Rachenaffection zu.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

52) **James Ball. Klinische Vorstellung von Fällen aus dem Throat Department of the West London Hospital. (Clinical lecture on cases from the Throat Department of the West London Hospital.)** *Clinical Journal. 8. April 1896.*

Vorstellung von 2 Mädchen mit Lupus des Rachens. Dieselben wurden mit Arsen und Leberthran behandelt; lokal wurde nichts unternommen. Ferner ein Knabe von 15 Jahren mit Recidiv einer hereditär syphilitischen Ulceration im Rachen; behandelt mit Jodkali. Dann ein Mädchen mit paroxysmalem Niesen. Lokale Veränderungen bestanden nicht, von einer leichten Spina des Septums abgesehen. Der letzte vorgestellte Fall war eine Laryngitis sicca chronica.

ADOLPH BRONNER.

53) **Kollbrunner** (Frauenfeld). **Ueber totale Verwachsungen des weichen Gaumens mit der hinteren Pharynxwand.** Dissert. Strassburg. 1896.

Bericht über 2 Fälle aus der Strassburger Universitätsklinik, bei welchen in das Narbengewebe an der Verwachsungsstelle mit dem Thermokauter resp. galvanokaustischen Porzellankuppelbrenner ein Loch gebrannt wurde. Dieses musste anfangs durch Jodoformgaze, später durch ein Drainrohr und schliesslich durch eine Prothese offen erhalten werden, bis die Wundränder vollkommen vernarbt waren.

SEIFERT.

54) **G. E. Brewer. Ein Fall von letaler Rachenblutung. (A case of fatal pharyngeal hemorrhage.)** *Amer. Medico-Surgical Bulletin. 18. Januar 1896.*

Ein kräftiger junger Mann erkrankte an einer Halsaffection, die für eine leichte folliculäre Angina angesehen wurde. Nach spontanem Aufbruch eines Abscesses erfolgten Blutungen von wechselnder Intensität; eine derselben führte Syncope und eine spätere besonders schwere den Tod herbei. Man fand an der

Hinterfläche des weichen Gaumens eine kleine granulirende Stelle; ein anderer Ursprung der Blutung wurde ausgeschlossen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

55) **Vallas. Die Pharyngotomia transhyoidea. (De la pharyngotomie transhyoidienne.)** *Gaz. des hôpit. 15. Januar 1896.*

Die von V. vorgeschlagene Operation schlägt folgenden Weg ein: 8—10 cm lange verticale Incision in der Mittellinie, deren Mitte über dem Zungenbein liegt. Präparation des Zungenbeins und oberhalb und unterhalb desselben mediane Spaltung aller an demselben inserirenden Muskeln. Dann, immer in verticaler und medianer Richtung, Incision der Membrana hyo-thyreoidea.

Man gelangt auf diese Art leichter, als durch die Pharyngotomia subhyoidea und ohne wesentliche Theile zu gefährden, an Tumoren der Epiglottis, der Zungenbasis etc. heran. A. CARTAZ.

56) **W. Watson Cheyne** (London). **Die Lettsom-Vorträge über den Zweck und die Grenzen der Operationen beim Krebs. (Lettsomian lectures on the objects and limits of operations for cancer.)** *British Medical Journal. 22. Februar 1896.*

Die Medical Society of London erwählt alljährlich ein hervorragendes Mitglied zu dem Ehrenamte der Abhaltung der Lettsom-Vorträge, eine Funktion, die zum Andenken an eines der ersten und ausgezeichnetsten Mitglieder der Gesellschaft, Dr. John Lettsom, seit vielen Jahren eingerichtet worden ist. In diesem Jahre ist Mr. Watson Cheyne, der bekannte Chirurg und Bakteriologe, zu diesem Ehrenamte bestellt, und hat die im Titel genannte Frage zum Gegenstand seiner sich über drei Abende erstreckenden Vorträge gewählt. Im ersten derselben behandelte er besonders den Krebs der weiblichen Brust; im zweiten, welcher am 17. Februar 1896 abgehalten wurde und den Gegenstand dieses Berichts bildet, den Krebs des Mundes und Rachens. Ich kann nur alle Fachgenossen, welche sich (und wer thäte das nicht?) für jene traurigen Fälle von Rachen- und besonders von Mandelkrebs interessiren, welche, wenn auch selten, so doch jedem beschäftigten Kehlkopfarzt zur Beobachtung kommen, auf das dringendste rathen, diesen Vortrag im Original zu studiren. Cheyne beschrieb in eingehendster und klarster Weise die Operationen, welche er mit ebenso grosser Kühnheit, wie Erfolg in einer verhältnissmässig grossen Reihe von Fällen selbst vorgenommen hat, geht auf die Technik der Operationen, wie auf die Gründe, welche ihn in den einzelnen Fällen veranlasst hatten, seine Methoden zu wechseln, mit grösster Genauigkeit ein, verschweigt nichts und eröffnet, wie ich glaube, eine neue Aera für eine Reihe von Fällen, die bisher selbst vielen der kühnsten Chirurgen als ein Noli me tangere gegolten haben. Ich spreche von seinem Vorgehen mit um so grösserer Bewunderung, weil es sich in einer ganzen Reihe der Fälle um Patienten handelte, die ich selbst ihm zugeführt hatte, weil ich bei den betreffenden Operationen zugegen war, und mich für jedes Wort verbürgen kann, das der Verfasser sagt. Es ist ihm gelungen, u. A. von vier meiner eigenen Patienten zwei nunmehr bereits für eine Reihe von Jahren zu retten, ohne dass irgend ein Anzeichen eines Recidivs vorhanden wäre. Einen Auszug aus dem Vortrage zu geben ist beinahe unmöglich,

und würde auch nutzlos sein: solche Sachen müssen durchaus im Original selbst studirt werden. — In seinem nächsten Vortrag wird der Verfasser über die Principien sprechen, welche er sich nach seiner bisherigen Erfahrung gebildet hat.

SEMON.

57) **W. Watson Cheyne. Lettsom-Vorträge über die Zwecke und Grenzen von Krebsoperationen. (Lettsomian lectures on the objects and limits of operations for cancer.)** *British Medical Journal. 7. März 1896.*

In einem dritten und letzten Vortrag über den im Titel genannten Gegenstand besprach Cheyne mit Bezug auf den Rachenkrebs 1. die Frage der praeliminären Tracheotomie, 2. die Stillung der Blutung, 3. die Entfernung der Drüsen, 4. die Methoden des Zuganges zu der primären krebsigen Masse, und 5. die Nachbehandlung und die Resultate.

Es ist ebenso wenig wie bei dem vorhergehenden Vortrag möglich, im beschränkten Rahmen eines Referats ein auch nur annähernd genaues Bild von Cheyne's Anschauungen über alle eben genannten wichtigen Fragen zu geben. Auf Grund seiner reichen Erfahrungen individualisirt er in jedem einzelnen Falle nach Massgabe der vorhandenen Verhältnisse dermassen, dass die Schritte bei jeder einzelnen Operation völlig verschieden sind. So unterlässt er in einer Anzahl von Fällen die präliminäre Tracheotomie vollständig, während er in einer anderen räth, die Hahn'sche Canüle mehrere Tage lang zu benutzen (leider fehlt in dem Vortrage der Verweis auf die Nothwendigkeit, in letzterem Falle die Canülen mindestens einmal alle 24 Stunden zu wechseln, eine Nothwendigkeit, die, wie Referent aus eigener Erfahrung weiss, durch die Gefahr des Septischwerdens des Schwamms dringend geboten ist). Ferner unterbindet er in der Mehrzahl seiner Fälle die Carotis externa, unterlässt dies aber in einer anderen Reihe; sodann hält er im Gegensatz zu fast allen anderen Chirurgen das Vorhandensein ausgedehnter Erkrankung der Cervicaldrüsen für durchaus keine Contraindication gegen die Operation, und behauptet vielmehr, dass eine gründliche Entfernung solcher grossen krebsigen Drüsenpackete bessere Aussichten gegen Recidive gäbe, als wenn die Drüsen zur Zeit der Operation noch gar nicht vergrössert angetroffen würden. Er discutirt sodann die Räthlichkeit, in gewissen Fällen die Operation zu zwei verschiedenen Zeiten auszuführen, d. h. zuerst die Halsdrüsen zu entfernen und acht bis zehn Tage später den primären Krankheitsherd in Angriff zu nehmen. Bei der Frage: wie zu letzterem Zugang zu gewinnen sei, bespricht er die temporäre Resection des Unterkiefers, die in manchen Fällen erforderlich ist, ohne die er aber gewöhnlich ausgekommen ist. Endlich bespricht er nach Schilderung seiner Nachbehandlung seine schliesslichen Resultate und theilt dabei die Fälle je nach der ursprünglichen Ausdehnung des Processes in drei Gruppen ein: 1. eine Gruppe, in der der Rachenkrebs vom Munde aus entfernt wurde, mit oder ohne Spaltung der Backe und mit oder ohne Tracheotomie, in anderen Worten, wo keine Wunde des äusseren Halses mit dem Mund communicirte; 2. eine Gruppe, bei der die innere mit der äusseren Wunde in Verbindung stand; 3. eine Gruppe, in der sowohl der Pharynx wie der Larynx afficirt war. Die Mortalität in diesen Gruppen ist eine ungemein verschiedene; in der ersten Gruppe 8,6 pCt., in der

zweiten Gruppe 29 pCt., in der dritten 55 pCt. Keine Verbesserung resultirte in der ersten Gruppe in 30 pCt., in der zweiten Gruppe in 54 pCt., in der dritten in 81 pCt., während der Zweck der Operation erreicht wurde in der ersten Gruppe in 52 pCt., in der zweiten in 17, und in der dritten in 12 pCt.

Die vorstehenden Andeutungen können in keiner Weise eine Vorstellung von dem reichen Inhalt dieser Vorträge geben, die von jedem Laryngologen, gleichgültig ob er selbst solche Operationen vornimmt oder sie an einen Chirurgen verweist, im Original studirt werden müssen, da sich aus ihrer Lektüre die Indicationen und die Prognose für jeden einzelnen Fall mit viel grösserer Wahrscheinlichkeit stellen lassen, als in irgend einer mir bekannten früheren Besprechung dieser Frage. Ich habe nur hinzuzufügen, dass den Vorträgen eine äusserst vollständige Tabelle der bisher operirten Fälle der ganzen Welt beigefügt ist.

SEMON.

d. Diphtheritis und Croup.

58) **Edith M. Faucher. Kurze Uebersicht über die Geschichte des Diphtheriebacillus. (A short review of the history of the bacillus diphtheria.)** *N. Y. State Medical Reporter. Februar 1896.*

Nichts Originelles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

59) **A. Kanthack u. T. W. W. Stephens. Der Austritt des Diphtheriebacillus in das Blut und die Organe. (The escape of the diphtheria bacillus into the blood and organs.)** *British Medical Journal. 25. Januar 1896.*

Unter obigem Titel hielten die genannten Autoren am 21. Januar 1896 einen Vortrag vor der Pathological Society of London, in welchem sie den Nachweis führten, dass in 18 von ihnen untersuchten schweren Fällen laryngealer Diphtheritis die Lungen nach dem Tode Diphtheriebacillen in grossen Quantitäten enthielten; in 13 dieser Fälle war Bronchopneumonie vorhanden, die sie für eine diphtheritische ansahen. Jedenfalls sei es irrig anzunehmen, dass die die Diphtheritis so häufig begleitende Pneumonie ihren Ursprung ausschliesslich Pyokokken verdankte, wie das gewöhnlich angenommen werde. In 9 aus 18 Fällen enthielt die Milz jedenfalls Bacillen. Der Ansicht der Autoren nach könne der Austritt des Diphtheriebacillus von den Membranen in das Blut und die Gewebe in einer von den folgenden vier Weisen erfolgen: a) durch zufällige und directe Uebertragung von einem Theil des Körpers auf den anderen; b) durch präexistirende Wege, wie die Nase, den Thränengang, den Oesophagus, die Trachea, die Bronchien etc., c) entlang den Lymphgefässen, da Diphtheriebacillen häufig in den cervicalen und brochialen Lymphdrüsen gefunden werden; und d) mittelst des Blutstroms in die Milz, Leber, Niere etc. Auf Grund ihrer Ergebnisse bekämpfen sie die Hypothese Dr. Sidney Martin's bezüglich des Intoxicationsprocesses, sie betrachten das Diphtheriegift als ein direktes Product der Bacterienzelle; dieses Gift würde als solches absorbirt, und gelangte in die Milz, in der ausserdem Bacillen thatsächlich vorhanden sein könnten. Ihre Beobachtungen seien klinisch

von Wichtigkeit, da sie die Nothwendigkeit bewiesen, in allen schweren Fällen von Diphtheritis Antitoxin energisch zu brauchen, um das Toxin zu bekämpfen, dessen Quantität, wenn zum Beispiel die Lungen inficirt seien, eine enorme wäre.

Dr. William Hunter bemerkte, dass es sich nach diesen wichtigen Beobachtungen um constante Dissemination des Bacillus zu handeln schiene, und dass die Martin'sche Hypothese eine gründliche Nachprüfung erfordere. — Dr. Goodall frug, ob Dr. Kanthack andere als Fälle von Kehlkopfdiphtheritis untersucht hätte und ob er irgend welche Unterschiede zwischen den angetroffenen Bacterien fände; seiner Erfahrung nach zeige die Milz makroskopisch niemals irgend welche Veränderung. — Dr. Kanthack erwiderte, dass weder die Lunge noch die Milz makroskopisch irgend welche Zeichen von Erkrankung aufweisen möge, und dennoch in Schnitten Diphtheriebacillen zeigen könne. In der Milz müsse man nach letzteren speciell sorgfältig suchen. Die wirkliche Probe aber liege in den Resultaten von Inoculationsversuchen auf Serumagar oder andere Medien; dieselben würden positive Resultate ergeben. Die meisten der von ihm untersuchten Fälle seien solche von Kehlkopfdiphtherie gewesen, er dehne daher seine Schlussfolgerung nicht auf alle Manifestationen der Diphtheritis aus. In 4 von 20 Fällen aber habe es sich nicht um Kehlkopfdiphtheritis gehandelt, und dennoch hätten die Lungen Diphtheriebacillen enthalten. Die Mikroorganismen seien in allen Fällen typisch gewesen.

(Weitere Details dieser wichtigen Arbeit müssen im Original nachgelesen werden.)

SEMON.

60) **Hägler** (Basel). **Bemerkungen zur Diagnose der Diphtherie.** *Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte. H. 2. 1896.*

Fortsetzung der Discussion über Löffler-Serum und Glycerinagar bezügl. des Culturwerthes für Diphtheriebacillen. Ref. hat dieses Streites schon in früheren Referaten in diesem Blatt Erwähnung gethan.

JONQUIÈRE.

61) **L. N. Damon. Die bakteriologische Diagnose der Diphtheritis. (The bacteriological diagnosis of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 4. Januar 1896.*

Nichts von Bedeutung.

LEFFERTS.

62) **J. J. Bush. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Texas Medical News. Januar 1896.*

Nichts von Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

63) **Wm. H. Park. Der gegenwärtige Stand der Benutzung der Züchtungsmethoden zur Diagnostik diphtherieverdächtiger Fälle. (The present status of the use of bacterial cultures for the diagnosis of suspected diphtheria.)** *Medical News. 25. Januar 1896.*

Enthält die richtig angelegte Cultur keine diphtherieartigen Bacillen, so ist der Schluss zulässig, dass der betreffende Hals keine Diphtheriebacillen beherbergt, Diphtherie also nicht vorliegt. Enthält die Cultur aber Diphtheriebacillen, so ist noch die Frage, ob diese virulent sind. Wahrscheinlich kann dies durch

die klinischen Erscheinungen bei dem betreffenden Patienten und durch die Anamnese (Gelegenheit zu diphtheritischer Infection) werden, erwiesen aber nur durch die Thierimpfung. Das Thierexperiment soll auch in den mildesten Fällen, wo überhaupt eine Virulenz der Bacillen als möglich erscheint, angerufen werden. Lässt sich dasselbe aber nicht durchführen, so hält es das Untersuchungsamt für zweckmässig, die Verantwortung darüber, ob der betreffende Fall als Diphtheritis behandelt werden soll, oder nicht, dem Arzte zuzuweisen, der nach dem klinischen Eindruck entscheiden soll. LEFFERTS.

64) **R. Hewlett u. H. Nolan. Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung von 1000 diphtherieverdächtigen Fällen. (Results of the bacteriological examination of 1000 cases of suspected diphtheria.)** *British Medical Journal. 1. Februar 1896.*

Bei 857 Fällen wurden Diphtheriebacillen gefunden, darunter bei 234 in Reincultur. Im Hals kann der Bacillus noch 23 Wochen nach der Heilung nachweisbar sein. ADOLPH BRONNER.

65) **Delos Walker. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *North American Medical Review. Januar 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

66) **Wm. Royal Stokes. Multiple Bakterien-Infection bei gewissen Formen von Diphtherie. (Multiple bacterial infection in certain forms of diphtheria.)** *Philad. Medical News. 4. Januar 1896.*

Die neueren Untersuchungsergebnisse über die relative Häufigkeit der Polyinfection bei der Diphtheritis sind von wesentlichem Interesse. Barbier u. A. haben schon 1891, gestützt sowohl auf die bacteriologische Untersuchung des Halses, wie auf klinische Beobachtungen, 2 verschiedene Formen von Diphtherie unterschieden: die eine als einfache Infection mit Diphtheriebacillen, die andere als Mischinfection mit einem oder mehreren der pyogenen Kokken. Zwei Jahre darauf wurde die bis dahin allgemeine Ueberzeugung, dass der Diphtheriebacillus nur an der Stelle der localen Läsion zu finden sei, widerlegt durch Untersuchungen, welche das Vorkommen des Bacillus im Blute und in den Organen an Diphtherie Verstorbener erwiesen. Zuletzt haben Wright und Stokes in 30 von 31 Fällen den Diphtheriebacillus in den Lungen nachweisen können, während er in den internen Organen weniger constant, wenn auch immer noch in einem beträchtlichen Procentsatz der Fälle vorkam.

Soweit statistische Nachforschungen über Doppel- oder Polyinfection vorliegen, ergeben sie, dass 50—70 pCt. aller Diphtheriefälle dazu zählen, also sicherlich die Mehrzahl. Da das Diphtherieserum erwiesenermaassen einen specifischen Einfluss nur auf den Diphtheriebacillus selbst entfaltet, so ist ein voller Heileffect in diesen Mischfällen gar nicht zu erwarten. Man muss sich damit begnügen, durch frühe und ergiebige Anwendung des Mittels den Gefahren der Secundärinfection in jedem Falle möglichst vorzubeugen. LEFFERTS.

67) **W. M. Yandell. Diphtherie und Grubengase. (Diphtheria and sewer gas.)** *Texas Medical Journal. Januar 1896.*

Verf. glaubt nicht, dass die Diphtheritis oft, wenn überhaupt je, auf die Canalgase zurückzuführen ist. Er stützt seine Anschauung auf die bei einer Epidemie in El Pass gewonnenen statistischen Daten. Von 63 Häusern, in denen Diphtherie vorkam, war nur $^1/_5$ an die Canalisation angeschlossen. Gerade auf den vollständig canalisirten Theil der Stadt kamen nur 5 pCt. der Erkrankungsfälle.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

68) **F. Atkinson. Die Diphtheritis und ihre Verbreitung durch die Schule. (Diphtheria and its propagation by means of schools.)** *Lancet. 11. Januar 1896.*

Die Abzugsrohre sollen nach den Sonntagen gespült werden; vielleicht lassen sich so Ausbrüche von Epidemien verhütten.

ADOLPH BRONNER.

69) **Redaction. Bemerkung. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Brooklyn Medical Journal. Januar 1896.*

Der Health commissioner of Brooklyn hat das Ansuchen gestellt, dass in zwei öffentlichen Schulen zur Zeit einer Diphtheritisepidemie die Kinder mit Ausfluss aus der Nase festgestellt werden sollen; deren Namen und Adressen sollten ihm übermittelt werden zum Zwecke der Anlegung von Culturen durch die Inspectoren. Diese Forderung wurde ihm nahe gelegt durch einen Brooklyner Arzt, welcher bei einem Falle von diphtheritischem Croup fand, dass die Erkrankung mit Schnupfen begann und welcher in dem Secret der Nase eine Reincultur Klebs-Löffler'scher Bacillen feststellte. Zur selben Zeit bekamen zwei andere Kinder derselben Familie Ausfluss aus der Nase, jedoch ohne irgend constitutionelle Erscheinungen diphtheritischer Erkrankung zu zeigen. Auch bei ihnen ergab die culturelle Prüfung des Nasenausflusses Diphtheriebacillen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

70) **Trevelyan. Zur Pathologie der Diphtheritis. (Pathology of diphtheria.)** *Lancet. 4. Januar 1896.*

Vortrag, gehalten in der Leeds Medical Society. Vortr. berichtet über einen letalen Fall, in dem das Serum zur Anwendung gekommen war. Das Kind starb an Herzlähmung. Die Section ergab Myocarditis und Nephritis. Redner schliesst Bemerkungen zur Pathologie und Bacteriologie der Diphtheritis an.

ADOLPH BRONNER.

71) **Reiche. Die Nierenveränderungen bei Diphtheritis. (The renal changes in diphtheria.)** *Medical News. 25. Januar 1896.*

Die Nierenerkrankung ist sehr häufig. Verf. führt sie ausschliesslich auf die Wirkung der am Orte der Erkrankung producirten und in die Circulation gelangenden Toxine zurück. Aehnlich wird die Leber afficirt, doch in weniger Fällen und in leichterem Grade; das Pancreas nur ausnahmsweise. Feste Beziehungen jedoch zwischen Character und Ausdehnung des diphtheritischen Processes und den secundären Veränderungen in den abdominellen Organen lassen sich nicht feststellen.

LEFFERTS.

72) **E. Williams. Kehlkopfdiphtherie, Tracheotomie, Heilung. (Laryngeal diphtheria, tracheotomy, recovery.)** *Brit. Med. Journal. 25. Januar 1896.*

Der Fall betrifft ein 3jähriges Kind; die Diphtherie war mit leichter Bronchopneumonie complicirt. 14 Tage lang wurde rectale Ernährung durchgeführt. ADOLPH BRONNER.

73) **A. B. Mac Candless. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Kansas Med. Journal. Februar 1896.*

Eine Krankengeschichte. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

74) **J. B. Anderson. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Western Medical Journal. Januar 1896.*

Nichts Besonderes. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

75) **R. P. Johnson. Die Behandlung der Diphtheritis. (The treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 25. Januar 1896.*

Verf. berichtet über seine Resultate mit verschiedenen Behandlungsmethoden, insbesondere mit dem Gebrauch von Natrium benzoicum. LEFFERTS.

76) **Schwartz. Gegen Diphtheritis. (For diphtheria.)** *Philad. Medical News. 11. Januar 1896.*

Rp. Natrii sozojodol. . . 5,6
Saccharin. . . . 10,0
M. f. pulv. S. Eine kleine Menge des Pulvers 4stündlich in den Rachen zu blasen.

Rp. Natrii sozojodol. . . 1,875
Sulfur flor. . . . 3,75
Saccharin. . . . 10,0
M. f. pulv. S. Zur Einblasung. LEFFERTS.

77) **Douglas. Gegen Diphtherie. (Diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 1. Februar 1896.*

No. 1. Rp. Tct. Aconiti . . . gtt. 20
Tct. Belladonnae . . . 1,875
Glycerin. 15,0
Aqu. Gaultheriae . . ad 120,0

No. 2. Rp. Kalii chloric.
Natr. bromat. . . . ana 1,875
Glycerin. 15,0
Tct. ferri chlor. . . . 1,875
Aquae . . . . . . ad 120,0
Dosis: $^1/_2$ Theelöffel voll für einen Erwachsenen

Von beiden ist $^1/_2$stündlich 1 Dosis zu geben, abwechselnd alle 15 Minuten von der einen oder der anderen. LEFFERTS.

78) **Redact. Notiz. Zur Behandlung der Diphtheritis. (Treatment of diphtheria.)** *New York State Medical Reporter. Februar 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

e. Kehlkopf und Luftröhre.

79) **Redact. Notiz. Das Laryngoskop als diagnostisches Mittel. (The laryngoscope in diagnosis.)** *Maryland Medical Journal. 7. März 1896.*

Nichts von Interesse. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

80) **P. Masoin** und **R. du Bois-Reymond. Zur Lehre von der Function der Mm. intercostales interni.** *Arch. f. Anat. u. Physiol. 1896. I. Heft.*

Die Versuche dieser Autoren ergeben, dass die Zwischenknorpelmuskeln Inspiratoren sind; ihre Mitwirkung ist bei normaler Athmung nicht erkennbar, dagegen ist sie bei angestrengter Athmung unzweifelhaft nachzuweisen.

A. ROSENBERG.

81) **Redact. Notizen. Rennpferde mit Tracheotomiecanülen. (Race horses with tracheotomy tubes.)** *Brit. Med. Journal. 1. Februar 1896.*

Eine neue Verwendung für die Tracheotomiecanüle. (A new use for the tracheotomy tube.) *Medical News. 8. Februar 1896.*

Bei einem Rennen in Manchester in der zweiten Januarwoche trugen die drei ersten Pferde Silbercanülen in der Luftröhre. Seit das berühmte Pferd Ormonde als Trachealpfeifer erkannt war, hat man mit dieser Krankheit sich mehr beschäftigt und die Tracheotomie gegen sie mit wunderbarem Erfolge angewendet. Die Canüle wird jetzt häufig bei Pferden eingelegt und scheint keinerlei üblen Effect zu haben. LEFFERTS.

82) **Redact. Notiz. Ein Recept gegen den beständigen Husten bei Masern. (A remedy for the incessant cough of measles.)** *N. Y. Med. Journal. 25. Januar 1896.*

Das Recept, das von Widerhofer sein soll, lautet:

Extr. Hyoscyami 0,135
Aqua destill. 66,0
Syr. simpl. 9,0.
M. D. S. 2stündl. 1 Theelöffel voll. LEFFERTS.

83) **M. Furet. Der tonsilläre Husten. (The tonsillar cough.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Juni 1896.*

Der Reflexhusten, der als Folge irgend einer pathologischen Störung an den Mandeln auftritt, wird durch die sehr complicirten Innervationsverhältnisse dieser Drüsen ausreichend erklärt. Der Glossopharyngeus, der Lingualis, Spinalnerven und der Vagus treten an der Mandeloberfläche in Verbindung und bilden das von Andersen unter dem Namen des Plexus tonsillaris beschriebene Geflecht.

Dann darf auch nicht vergessen werden, dass die Mandeln von den Muskeln der Gaumenbögen eingeschlossen werden, die mit dem Muskelapparat des Kehlkopfs verschiedentlich in Beziehung stehen. Der tonsilläre Husten ist heftig, krampfhaft und ausserordentlich schmerzhaft. LEFFERTS.

84) **F. H. Arthur. Keuchhusten. (Pertussis.)** *Medical and Surgical Reporter. 15. Februar 1896.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

85) **S. Bonton. Behandlung des Keuchhustens. (Treatment of hooping cough.)** *British Medical Journal. 18. Mai 1896.*

In diesem am 1. Mai vor der West-London Medico-Chirurgical-Society gehaltenen Vortrag empfahl der Vortragende die locale Application einer Lösung von Menthol in flüssigem Vaselin als die beste Behandlungsmethode.

In der Discussion rieth Dr. Campbell Pope diese Application auch auf die Nase und den Rachen auszudehnen, da der Schleim, welcher den Krampf auslöse, wahrscheinlich in der Nase gebildet würde. Sonst brachte weder der Vortrag noch die Discussion etwas bemerkenswerthes. SEMON.

86) **G. Makins. Durchschneidung und sofortige Sutur des linken Vagus. (Division and immediate suture of the left vagus nerve.)** *British Medical Journal. 16. Mai 1896.*

In der Sitzung der Clinical Society of London vom 8. Mai 1896 berichtete Mr. Makins einen Fall, in welchem während der Entfernung einer secundären epitheliomatösen Geschwulst des Halses unglücklicherweise der linke Vagus unmittelbar oberhalb der Mitte seiner Cervicalportion durchschnitten und, sobald dies entdeckt wurde, sofort zusammengenäht worden war. Ausser einer Lähmung der Kehlkopfmuskeln, die sich anfänglich durch Heiserkeit manifestirte, wurden keine anderen Resultate nach der Operation oder später beobachtet. Mit Bezug auf die Kehlkopflähmung war zu bemerken, dass sich die Qualität der Stimme schnell verbesserte, und 2 Monate nach dem Unfall wurde folgender Befund von Dr. Felix Semon aufgenommen: „Das linke Stimmband steht unbeweglich nahe der Medianlinie, das rechte kommt bei der Phonation dicht an es heran, die Stimme ist fast normal, gelegentlich leicht heiser und schlägt bisweilen ein wenig ins Falsett.“ Anscheinend erholten sich nach der Sutur die Verengererfasern des Recurrens, nicht aber die Erweitererfasern, und nachdem erstere genesen waren, erfolgte eine paralytische Contractur der Glottisschliesser, durch welche das Stimmband an die Medianlinie gezogen und die Stimme wiederhergestellt wurde. Der Fall lieferte ein gutes Beispiel für die kürzlich von Russell Park ausgedrückte Meinung, dass man, wenn erforderlich, einen Vagus mit verhältnissmässiger Gefahrlosigkeit durchschneiden könne, und gebe ferner einen Anhaltspunkt dafür, dass sich die Functionen nach unmittelbarer Sutur erholen können. — Auf Aufforderung des Präsidenten fügte der Referent einige Worte über die Gesetzmässigseit in der Erkrankung der einzelnen Fasern der motorischen Kehlkopfnerven und ihres Restitutionsvermögens hinzu, und betonte, dass die grössere Fähigkeit der Ver-

engerer sich zu erholen, eine Ergänzung des Gesetzes bilde, dass die Erweiterer leichter erkranken. Er berichtete ferner über einen Fall, in welchem sich bei dem Verschwinden eines sypihlitischen Tumors am Halse, der den ganzen Recurrens gelähmt hatte, genau dieselben Erscheinungen entwickelten, wie sie in Mr. Makins' Fall beobachtet worden waren. SEMON.

87) **Castex** (Paris). **Ictus laryngis. (Ictus laryngé.)** *France méd. 14. Februar 1896.*

Bei dem vom Verf. beobachteten Pat., einem 41jähr. Schreiner, der weder tabetisch noch epileptisch war und keine anderen Läsionen als die einer Pharyngitis granulosa darbot, traten die Anfälle vorzugsweise am Ende der Mahlzeiten und zwar unter der Form kleiner oder grosser und vollkommener Krisen auf. Beim ersten Anfall beschränkte sich derselbe auf einige Hustenstösse mit kurzem Schwindel, beim zweiten Male fiel Pat. ohnmächtig um. LUC.

88) **Priester** (Wien). **Atypischer Spasmus glottidis.** *Wiener med. Wochenschr. No. 29. 1895.*

Ein Fall von 4 Wochen dauernder Larynxstenose bei bestehender Craniotabes mit kurzen Attacken von stenotischen Anfällen, die als Spasmus glottidis gedeutet werden. P. stützt seine Diagnose auf die Abwesenheit von Fieber, die anhaltende ungeschwächte Dauer der Anfälle und insbesondere auf die Suffocationserscheinungen beim blossen Versuch zu sprechen, im Gegensatz zu Croup, wo diese Erscheinungen erst nach dem heiseren Schreien auftreten.

Im Nachtrag erwähnt P. einen analogen, in Wien beobachteten Fall.

CHIARI.

89) **Meigs. Laryngismus stridulus. (Laryngismus stridulus.)** *N. Y. Medical Record. 21. März 1896.*

Rp.	Kalium citrat.	3,75
	Syr. Ipecac.	7,50
	Tct. Opii croc.	gtt. XII.
	Syr. simpl.	7,50
	Aquae	45,00.

M. D. S. 2stündl. 1 Theelöffel (bei einem Kind von 2 Jahren).

LEFFERTS.

90) **R. Daniel. Ein Fall von phonischem Spasmus erfolgreich behandelt mittelst Electricität. (Case of phonic spasm successfully treated by electricity.)** *Lancet. 1. Februar 1896.*

Der 28jährige Mann, der seit etwa 1 Jahr an dieser Störung litt, konnte ganz frei singen, aber das öffentliche Sprechen war ihm unmöglich. Die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel ergab nichts. Zahlreiche Mittel wurden versucht. Der constante Strom von 2–3 Milliampères 15–20 Minuten auf die Seiten des Larynx applicirt, anfangs täglich, nach 14 Tagen einen Tag um den anderen brachte in 6 Wochen Heilung. ADOLPH BRONNER.

91) **Cassel. Ueber Tetanie.** *Münchener med. Wochenschr. No. 17. 1896.*

Den Laryngospasmus kann C. nicht als Theilerscheinung der Tetanie betrachten, während Kalischer entgegengesetzter Meinung ist und Heubner sich Cassel anschliesst und meint, derselbe sei ein Symptom und könne bei den verschiedensten Affectionen vorkommen.

SCHECH.

92) **J. C. Mulhall. Hysterische Krämpfe der Stimmbandspanner. (Hysterical spasms of the tensors of the vocal cords.)** *Medical Review. 22. Februar 1896.*

Die jugendliche Patientin wurde durch Anwendung des faradischen Stromes geheilt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS.)

93) **S. K. Merrick. Aphonie und Dysphonie als Symptome von Kehlkopferkrankung. (Aphonia and dysphonia as symptoms of laryngeal disease.)** *Maryland Med. Journal. 7. März 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS.)

94) **Boulay. Die Diagnose und Behandlung der hysterischen Aphonie. (Diagnostic et traitement de l'aphonie hystérique.)** *Gazette hebdomad. de méd. Paris. 1. März 1896.*

Allgemeine Uebersicht; nichts Besonderes.

A. CARTAZ.

95) **A. Keppell. Aethylchlorid bei hysterischer Aphonie. (Ethyl chloride in hysterical aphonia.)** *Lancet. 11. Januar 1896.*

Das Aethylchlorid wurde local im Nacken applicirt.

ADOLPH BRONNER.

96) **Bamberger** (Wien). **Ein Fall von Erkrankung der linken, vorderen Centralwindung mit doppelseitigen Facialiskrämpfen, Zungen-, Gaumensegel- und Kieferkrämpfen und Pseudobulbärparalyse.** *Allgem. Wiener medicin. Zeitung. No. 21—24. Mai 1896.*

Die wichtigsten Symptome in der genau beobachteten und detailirt beschriebenen Krankheit einer 30jährigen Frau waren: Attackenweise auftretende, erst rechtsseitige, dann auf die linke Seite überspringende, später doppelseitige, endlich alternirende Facialiskrämpfe. Uebergreifen der Krämpfe auf Zunge, Gaumensegel, Masseteren, rechten Arm, rechtes Bein. Halbseitige epileptiforme Krampfanfälle, später Schwerbeweglichkeit im Gebiete beider Faciales, der Zunge, des Velums, Unmöglichkeit des Schluckens, der Sprache und ausserordentlich reichlicher Speichelfluss, motorische und vasomotorische Lähmung des rechten Arms, Lähmung des Cucullaris, Pectoralis, Parese des rechten Beines.

Die Diagnose wurde unter besonderer Berücksichtigung der Reizsymptome richtig auf eine Erkrankung des Facialiscentrums im Cortex der linken Hemisphäre gestellt, doch handelte es sich nicht um einen Tumor, sondern um eine Encephalitis. Nach B. ist der Speichelfluss in diesem Falle nicht mit dem bei der Bulbärparalyse vorkommenden identisch, sondern er fasst denselben als ein corticales, den Facialiskrämpfen coordinirtes Reizsymptom auf, wofür er zum Theil experimentelle, zum Theil klinische Beläge aus der Literatur beibringt.

CHIARI.

97) **Adolf Wallenberg** (Danzig). **Linksseitige Gesichts-, Zungen-, Schlund-, Kehlkopf(?)-Lähmung in Folge eines Erweichungsherdes im rechten Centrum semiovale.** *Neurologisches Centralblatt. 1896. No. 5.*

Bei einem 47jährigen Manne, der seit mehreren Jahren an Insufficienz der Aortenklappen ohne deutliche Zeichen eines Aneurysma, besonders ohne Recurrenslähmung, litt, entwickelte sich doppelseitige Myosis, reflectorische Pupillenstarre, rechtsseitige Abducenslähmung. Darauf allmählich zunehmende Demenz, Kopfschmerzen, Anfälle von Dyspnoe, Erbrechen und eine in wenigen Tagen ablaufende Lungenaffection (Embolie?). Nachdem der Zustand mehrere Monate hindurch stationär geblieben war, trat im Laufe von 3 Tagen eine totale Schlinglähmung, linksseitige Parese des Facialis in allen seinen Zweigen, der linken Zungenhälfte, des linken Stimmbandes und in geringerem Grade auch der linken Schulterheber ein. Daneben Oedem der linken Conjunctiva und des linken Oberlides, Bildung zweier Tumoren auf der linken Schädelhälfte. Keine Entartungsreaction der gelähmten Muskeln bei verminderter Erregbarkeit für beide Stromarten. An Rumpf und Extremitäten keine Störungen. Nach Einleitung der Schmierkur verschwanden die Tumoren, die Lähmungen gingen bedeutend zurück. Ca. 3 Wochen nach Ausbildung des geschilderten Symptomencomplexes Erbrechen, Dyspnoe, Collaps, Exitus.

Die Section ergab ausser den Veränderungen an der Aorta und einer chronischen Leptomeningititis syphilitica nicht den vom Verf. diagnosticirten bulbären oder juxtabulbären Process (Gumma oder Erweichung oder Compression der austretenden Nerven durch einen den am Schädel beobachteten Tophi analogen Process am Os basilare), sondern einen grossen Erweichungsherd im Marklager des rechten Frontallappens.

Verf. erörtert die Frage, wie weit die acuten Lähmungserscheinungen der letzten Wochen auf den Grosshirnherd zu beziehen sind; speciell interessirt die Erklärung der linksseitigen Kehlkopflähmung. Es ist in dieser Hinsicht aus der Krankengeschichte zu erwähnen, dass über die Stellung des gelähmten Stimmbandes nichts gesagt ist. Sehr wesentlich ist die Angabe W.'s, dass das Stimmband auch bei der Respiration nur minimale Excursionen machte. Aus dem Sectionsbefund ist hervorzuheben, dass die oberen Vaguswurzeln auf beiden Seiten bei ihrem Austritt von nahezu homogenen Massen umgeben sind und sich nicht gut färben und weiter, dass über den Accessorius nichts gesagt ist.

Alles in allem erscheint es viel wahrscheinlicher, dass die Leptomeningitis die Kehlkopflähmung verursacht hat, als der Erweichungsherd im rechten Frontallappen. Jedenfalls kann der Fall nicht — was der Verf. übrigens auch selbst nicht behauptet — als der noch ausstehende Beweis für das Vorkommen cerebral bedingter einseitiger Kehlkopflähmungen angesehen werden.

Der Fall, der sehr gut beschrieben und anatomisch mit anerkennenswerther Gründlichkeit untersucht ist, verdient im Original nachgelesen zu werden.

F. KLEMPERER.

98) **Hawthorne** (Glasgow). **Maligner Mediastinaltumor und secundäre Geschwulst in der Leber mit ungewöhnlichen Symptomen. (Malignant mediastinal tumour with secundary growth in the liver having unusual features.)** *Glasgow Med. Journal. Februar 1896.*

Von Interesse an dem Falle ist für die Leser des Centralblattes nur, dass der Patient heiser war und dass sich bei der Section zeigte, dass der linke Vagus und Recurrens in der Geschwulst lagen. Laryngoskopische Details sind nicht mitgetheilt.

P. MC BRIDE.

99) **J. Bunch. Ein Fall von doppelseitiger Lähmung der Stimmbandabductoren in Folge von Syphilis. (Case of bilateral paralysis of the abductors of the vocal cords due to syphilis.)** *Lancet. 29. Februar 1896.*

Der 30jährige Patient, der seit 8 Monaten an Hustenanfällen und Athembeschwerden litt, wurde bewusstlos auf der Strasse aufgefunden. Das ganze Kehlkopfinnere war congestionirt, die Arygegend geschwollen, bei der Inspiration wurden beide Stimmbänder einander genähert, bei der Exspiration bildete die Glottis einen schmalen Spalt. Plaques muqueuses im Munde. Tracheotomie. Jodkalium. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

100) **J. O'Dwyer. Die Intubation bei der paralytischen Kehlkopfstenose. (Intubation in paralytic laryngeal stenosis.)** *N. Y. Medical Journal. 28. December 1895.*

Verf. bestreitet Hope, der die Exstirpation der Stimmbänder zur Beseitigung der Dyspnoe bei doppelseitiger Abductorenparalyse empfahl und als erster ausgeführt zu haben meinte, die Priorität dieses Rathes. Er selbst hat einen Fall im Mai 1886 in dieser Weise lange vor Hope operirt. O'Dwyer fährt dann fort: Die Exstirpation der Stimmbänder oder eines Theiles derselben ist durchaus nutzlos, ja sogar schädlich, wenn nicht unmittelbar nach der Operation die Intubation gemacht wird. Denn das entfernte Gewebe wird bald durch neugebildetes ersetzt und aus der einfachen klappenartigen Verschliessung bei der Inspiration wird eine Narbenstrictur. Um bei unheilbarer Abductorenparalyse ein dauernd offenes Athemrohr zu schaffen, ist die Exstirpation eines Stimmbandtheiles gar nicht nothwendig; eine einfache Incision in ein Stimmband, die den Klappenmechanismus zerstört, darnach Tragen einer Canüle, bis die Incisionswunde verheilt und narbig retrahirt ist, genügen vollständig.

Ehe man aber einen Fall von doppelter Abductorenparalyse für unheilbar erklärt, soll eine lange fortgesetzte Intubation mit einer cylindrischen Tube probirt werden, weil anscheinend unheilbare Fälle bisweilen nach langem Bestehen und nachdem sie allen den gewöhnlichen Behandlungsmethoden widerstanden haben, auf diese Weise noch zur Heilung kommen. [? F. S.] Die Tuben für diese Fälle sollen von Hartgummi sein, weil diese nicht, wie Metalltuben, Kalk ansetzen.

LEFFERTS.

101) **Carl E. Mungar. Pfeifen mit dem Kehlkopf. (A whistling larynx.)** *N. Y. Medical Record. 28. März 1896.*

Der Pat., dessen Kehlkopf vollständig normal aussieht und functionirt, kann

jederzeit ohne Mitwirkung der Lippen, Zunge, des Pharynx, Gaumens oder der Backen pfeifen. Bei geöffnetem Munde, wenn die Zunge herausgestreckt ist und mit Daumen und Zeigefinger wie beim gewöhnlichen Laryngoscopiren festgehalten wird; wenn man den Kehlkopfspiegel an den Gaumen legt und ihn stark gegen die hintere Rachenwand drängt, stets kann der Pat. ganz klar und so laut, dass man ihn durch das ganze Zimmer hin hört, pfeifen. Die Stellung der Stimmbänder ist dabei folgende: Die vorderen $^3/_4$ der Stimmbänder sind fest geschlossen, hinten bildet die Glottis ein offenes Dreieck, das mehr oder weniger umfangreich ist, je nachdem ein höherer oder tieferer Ton producirt wird; die Taschenbänder verändern mit der Höhe des Tones fortwährend ihre Stellung.

Der Einwand, dass es sich nicht um ein Pfeifen handelt, ist nicht statthaft. Ein erfahrener Gesanglehrer erklärte den Ton für ein reines Pfeifen, nicht für eine gesungene oder gesprochene Note. Der Fall von Pfeifen ohne Hilfe der Lippen, Zunge, Backen etc. ist bisher ein Unicum. LEFFERTS.

102) **Gutzmann** (Berlin). **Ueber Sprachstörungen in der Pubertätsentwickelung.** *Arch. f. Kinderheilk. XIX. 5. 6. 1896.*

Zu den körperlichen Veränderungen der Pubertätsentwickelung gesellen sich auch oft psychische Störungen, welche directen Einfluss auf die Entstehung von Sprachstörungen haben: exaltirtes Wesen, müssiges Träumen und Schwärmen etc., Störungen, deren Einfluss auf die Entstehung von Sprachstörungen noch nicht genügend gewürdigt worden ist. Einige Beispiele illustriren den Zusammenhang zwischen Pubertätsentwickelung und Sprachstörung. In erster Linie wird je ein Fall von Abulie und Aphthongie mitgetheilt, die beide durch Sprechübungen in verhältnissmässig kurzer zur Heilung kamen. Ein Fall von Stolpern bei einem 16jährigen Gymnasiasten war nur kurze Zeit in Beobachtung. Von Interesse sind 4 Fälle von acut in der Pubertätsentwickelung aufgetretenem Stottern. Die Prognose ist in allen solchen Fällen eine gute. SEIFERT.

103) **Flatau** (Berlin). **Sprachgebrechen des jugendlichen Alters in ihren Beziehungen zu Krankheiten der oberen Luftwege.** *Bresgen's Samml. zwanglos. Abhdl. aus d. Geb. d. Nasen- u. s. w. Krankh. 1896. Heft 8.*

Verf. erörtert die Natur der hier in Frage kommenden Sprachgebrechen an der Hand einzelner aus dem Leben genommener Paradigmen.

Die sachgemässe Behandlung zerfällt in die allgemeine, örtliche und eigentlich sprachgymnastische. Da Verf. gefunden hat, dass die Kenntniss der hier möglichen Zusammenhänge noch wenig verbreitet ist, schliesst sich eine eingehende klinische und therapeutische Besprechung an diese Auseinandersetzungen und zwar unter besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose. Fehlschlüsse sind besonders häufig bei der Alalia idiopathica. In ihren Grundzügen werden dann die verschiedenen Formen des Stammelns und Stotterns nach der die Fachgenossen besonders interessirenden Seite des Zusammenhanges mit Erkrankungen der oberen Luftwege und des Ohres erörtert.

Interessenten sei das Studium der schwer referirbaren Einzelheiten im Original bestens empfohlen. A. ROSENBERG.

f. Schilddrüse.

104) **G. Murray. Einige Wirkungen der Thyroidectomie bei niedrigen Thieren. (Some effects of thyroidectomy in lower animals.)** *British Medical Journal. 25. Januar 1896.*

Bei Ratten sank 3—4 Wochen nach der Thyroidectomie die Fresslust; in den nächsten 9 Monaten wurden die Thiere mehr und mehr apathisch, der Kopf schwoll an, die Haare fielen leicht aus und die Haut wurde trocken und schuppend. Die Temperatur war subnormal. ADOLPH BRONNER.

105) **Joseph A. White. Bemerkungen über den Kropf mit Krankengeschichten. (Remarks on goitre with reports of cases.)** *Gaillard's Medical Journal. Februar 1896.*

Empfiehlt das Jodkali, das er durch Kataphorese zur Wirkung bringt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

106) **T. F. Smith. Vergrösserung der Schilddrüse; Verschwinden der Geschwulst gefolgt von Myxoedem. (Enlarged thyroid; disappearence of gland followed by myxoedema.)** *Brit. Med. Journal. 4. Januar 1896.*

26jährige Frau. Dieselbe hatte mit 17 Jahren Chorea und Exophthalmus gehabt; die Schilddrüse war geschwollen. In den letzten 4 Jahren war der Schilddrüsentumor allmählich kleiner geworden und gleichzeitig waren zunehmende Symptome von Myxödem aufgetreten. Die Behandlung mit getrockneter Schafsschilddrüse führte zur Heilung. (Photogramme.) ADOLPH BRONNER.

107) **A. E. Barker** (London). **Weiterer Bericht über einen Fall von Cystenbildung in einer accessorischen Schilddrüse. (Sequel in a case of cystic accessory thyroid.)** *Brit. Med. Journal. 11. Januar 1896.*

In diesem am 7. Januar 1896 vor der Pathological Society of London gehaltenen Vortrag berichtete Mr. Barker die weitere Geschichte eines Falles, in welchem er im Jahre 1889 eine primäre Geschwulst, die wahrscheinlich in einer accessorischen Schilddrüse entstanden war, entfernt hatte. Der Fall war derzeit an anderer Stelle berichtet worden. Gegenwärtig erfreute sich der Patient guter Gesundheit, war aber in der Zwischenzeit vier weiteren Operationen unterworfen worden. Die primäre Geschwulst war im Jahre 1880 gerade oberhalb des Schlüsselbeins zuerst bemerkt worden. Bei ihrer Entfernung im Jahre 1889 erwies sie sich als eine Cyste, die der hinteren Fläche des Kopfnickers so adhärirte, dass ein Theil des Muskels entfernt werden musste. Zu der Zeit war keine Vergrösserung der Lymphdrüsen beobachtet worden, aber eine kleinere Geschwulst wurde von der Spitze der Pleura entfernt. Die Neubildung enthielt papillentragende Cysten und Inseln cubischer Zellen kamen in dem fibrösen Stroma vor, welche in ihrem Centrum colloide Veränderungen zeigten. Sowohl die Cysten wie die intracystischen Geschwülste waren mit cubischem Epithel ausgekleidet.

Die Neubildung an der äusseren Fläche der Pleura zeigte eine ähnlichen schilddrüsenartigen Bau, aber ohne Cysten. Das Hauptinteresse lag in den Recidiven; dieselben waren local und trugen die Form durchaus umschriebener Geschwülste von Schilddrüsencharakter. Der Autor hatte kein lymphomatöses Gewebe in ihnen gefunden und konnte nicht entscheiden, ob sie als Ausdruck secundärer Infection von Lymphdrüsen oder als unabhängige Neubildungen zu betrachten seien. Wären sie in Drüsen entstanden, so müsste man die Krankheit als bösartig ansehen, doch wäre eine solche Anschauungsweise durch den klinischen Verlauf nicht gerechtfertigt. Der Autor besprach die Möglichkeit, dass der primäre Tumor in der eigentlichen Schilddrüse entstanden sei und dass die späteren Bildungen compensatorische Hypertrophien in accessorischen Gebilden darstellten. Vom practischen Standpunkte aus sei die Frage von beträchtlicher Bedeutung, denn wenn die Geschwülste ihren Ursprung in Lymphdrüsen hätten, so sei ihre Entfernung geboten, während, wenn sie unschuldige Neubildungen von Schilddrüsengewebe seien, sie nicht entfernt werden dürften.

Dr. Cyril Ogle zeigte als Illustration solcher Verhältnisse einen kleinen, post-mortem von einer 35jährigen Frau entfernten, substernalen, in einer accessorischen Schilddrüse entstandenen Kropf. Derselbe war vollständig getrennt von der eigentlichen Schilddrüse, deren linker Lappen jedoch ebenfalls vergrössert war. — Mr. S. G. Shattock konnte sich nicht der Meinung anschliessen, dass die recidivirenden Neubildungen in Mr. Barker's Fall Hypertrophien accessorischer Schilddrüsen darstellten; sie seien zu zahlreich hierzu. Er erinnerte an die papillentragenden Cysten des Ovariums und die secundären Neubildungen, welche auf dem Peritoneum stattgreifen, wenn solche Cysten bersten; in solchen Fällen sei die Krankheit local infectiös, ohne allgemeine Metastasen zu bewirken. Er vermuthe, dass Mr. Barker bei der Operation des primären Cystentumors die Wunde inficirt hätte und dass von dem so ausgestreuten Samen diese anderen Neubildungen ausgegangen seien. — Dr. Newton Pitt erinnerte an die ziemlich zahlreichen Fälle von Dissemination von Geschwülsten von Schilddrüsencharakter im Auge, der Haut und anderen Theilen, welche dem Wachsthum einer primären Geschwulst in der Drüse selbst gefolgt seien. — Mr. Jackson Clarke hatte eine Geschwulst von Schilddrüsencharacter untersucht, die unterhalb des M. sternocleido-mastoideus gelegen war, und deren Ursprung seiner Ansicht nach ein ähnlicher war, wie in dem zur Discussion stehenden Falle. — Der Präsident (Mr. Butlin) gedachte des ersten Falls von metastatischen Geschwülsten thyroidealen Charakters, welcher einer Neubildung in der Drüse selbst folgend, in England beobachtet und in den Verhandlungen der pathologischen Gesellschaft berichtet worden war. In diesem Falle erfolgten die Metastasen in den Knochen. Seiner Ansicht nach deutete die Adhäsion des primären Tumors an den Sternocleidomastoideus in Mr. Barker's Fall auf Bösartigkeit hin. In einer gewissen Anzahl von Fällen seien secundäre Geschwülste von Schilddrüsencharakter entfernt und für primäre angesehen worden, während die Vergrösserung der Schilddrüse selbst unbemerkt geblieben sei; in manchen Fällen sei kein weiteres Recidiv gefolgt. — In seiner Antwort bemerkte Nr. Barker, dass die Adhäsion der primären Geschwulst vermuthlich die Folge einer elektrolytischen Behandlung ge-

wesen sei, die ihrer Exstirpation vorhergegangen war; er könne daher nicht viel Gewicht auf diesen Umstand als ein Zeichen von Bösartigkeit legen. Dagegen seien während der Entfernung der primären Geschwulst einige der Cysten geborsten und hätten ihren Inhalt in die Wunde entleert. SEMON.

108) **W. H. Walling. Die nicht-chirurgische Behandlung bei einfachem Kropf. (Non-surgical treatment of simple goitre.)** *Med. and Surg. Reporter. 1. Februar 1896.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

109) **John B. Roberts. Die Thyroidectomie bei der Behandlung des Kropfes. (Thyroidectomy in the treatment of goitre.)** *The Kansas City Medical Index. Januar 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS.)

110) **J. Codd. Basedow'sche Krankheit mit Hypertrophie der Thymusdrüse. (Graves' disease with hypertrophied thymus.)** *Brit. Medical Journal. 4. Januar 1896.*

Die Patientin, die 21 Jahre alt war, wurde mit Dosen von 0,3—0,6 g Thyroidextract behandelt. Sie starb nach 6wöchentlicher Behandlung plötzlich beim Essen. Das Gesicht wurde erst blass, dann blau. Die Krankengeschichte des Falles wurde in dem Birmingham Branch der Brit. Med. Assoc. kurz mitgetheilt.

ADOLPH BRONNER.

111) **R. C. M. Page. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *New York Policlinic. 15. Februar 1896.*

Verf. empfiehlt den Gebrauch von Jodkali, Digitalis und tonischen Mitteln.

FROTHINGHAM (LEFFERTS.)

112) **A. J. Mc Cosh. Die Thyroidectomie bei der Basedow'schen Krankheit. (Thyroidectomy for exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 24. August 1895.*

Krankengeschichte einer 20jährigen Patientin. Die rechte Hälfte der Schilddrüse wurde exstirpirt; zwei Wochen später war der Puls sehr beschleunigt, zeitweise bis 200; der Exophthalmus aber war innerhalb von 12 Stunden merkbar zurückgegangen und ist gegenwärtig fast ganz verschwunden. Die linke Drüsenhälfte, die nicht beseitigt wurde, hat sich auf die Hälfte ihres früheren Umfanges verkleinert. Nach der Operation war die Zahl der rothen Blutkörperchen um 50 pCt. geringer als vorher, die grösste Verminderung, die M. bisher nach einer solchen Operation beobachtet hat. M. hält die Thyroidectomie bei Basedow'scher Krankheit für weit gefährlicher, als beim einfachen Kropf.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

113) **Middleton** (Glasgow). **Ein Fall von sporadischem Cretinismus. (Case of sporadic cretinism)** *Glasgow Med. Journ. Februar 1896.*

Krankengeschichte des Falles, der mittelst Thyroid-Tabletten gebessert wurde. In der Discussion berichtet Finlayson über ein ähnlich günstiges Resultat. P. MC BRIDE.

114) **Ness** (Glasgow). **Ein Fall von sporadischem Cretinismus. (Case of sporadic cretinism.)** *Glasgow Med. Journal. Februar 1896.*

Krankengeschichte. P. MC BRIDE.

115) **Chapman. Sporadischer Cretinismus. (Sporadic cretinism.)** *British Med. Journal. 14. März 1896.*

Demonstration einer 18jährigen Patientin am 6. März 1896 vor der West London Medico-Chirurgical-Society. Nichts Besonderes. SEMON.

116) **Klee** (Dänemark). **Ein Fall von Myxoedem; Wiederherstellung durch kleine Dosen Thyreoidin in einem längeren Zeitraume. (Et Tilfaelde af Myxoedem. Restitution ved smoa Doser Thyreoidin i et langere Tidsrum.)** *Ugeskrift for Läger. 14. Februar 1896.*

Die Ueberschrift sagt genug über den Fall. SCHMIEGELOW.

117) **L. Guthrie** (London). **Frühstadien des Myxoedems. (Early myxoedema.)** *British Medical Journal. 14. März 1896.*

Demonstration einer 39jährigen Frau am 5. März 1896 vor der Harveian Society, die seit 4 Monaten an Zeichen von Myxödem litt, sich aber bereits nach 10tägiger Behandlung mit Thyroid-Tabletten bedeutend verbessert hatte.

SEMON.

g. Oesophagus.

118) **Newton Pitt** (London). **Krebs in einem Oesophagusdivertikel. (Epithelioma in an oesophageal pouch.)** *British Medical Journal. 25. Januar 1896.*

Demonstration des Präparats vor der Pathological Society of London am 21. Januar 1896. Das Divertikel ging von dem untersten Abschnitt des Rachens linkerseits aus. Obwohl der Patient nicht im Stande war, irgend welche Nahrung zu sich zu nehmen, so verweigerte er jeglichen operativen Eingriff. Es war unmöglich eine Bougie in den Oesophagus einzuführen. Er war seit 2 Jahren krank gewesen, mit allmählich zunehmender Dyspnoe und Erbrechen alles Genossenen. Bei der Autopsie fand sich epitheliomatöse Erkrankung in einem präexistirenden Oesophagusdivertikel.

Der Präsident (Mr. Butlin) bemerkte, dass Ulcerationen in solchen Divertikeln beobachtet worden seien, seines Wissens nach aber niemals eine Neubildung. Die Pharynxdivertikel selbst seien wahrscheinlich nicht so selten, als gewöhnlich angenommen; sie würden aber leicht übersehen und die Dysphagie und Regurgitation anderen Ursachen zugeschrieben. Er habe selbst zwei solche Divertikel erfolgreich entfernt, und wisse von zwei anderen ähnlichen Fällen. — Mr. Targett bemerkte zu dem Fall, dass er Präparate untersucht habe, in welchen bösartige Geschwülste von Ausbuchtungen der Blase ihren Ursprung genommen hätten.

SEMON.

119) **E. Fletcher Ingals. Organische Strictur der Speiseröhre; Bronchocele; Pleurodynie (?) etc. (Organic stricture of the oesophagus; bronchocele; pleurodynia [?] etc.)** *The Chicago Clinical Review. Februar 1896.*

Klinische Vorlesung; nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS.)

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Theodor S. Flatau (Berlin). **Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten.** Ein Lehrbuch für Aerzte und Studirende. Leipzig. Johann Ambrosius Barth. 1895.

Dieses Lehrbuch weicht in seiner Anlage von seinen Vorgängern in zwei Hinsichten ab. Es verzichtet erstens ganz auf die Lehre der normalen Anatomie sowie der Instrumentenlehre und beschreibt zweitens nicht wie bisher üblich zuerst die Nase, wie sie sich in ihren verschiedenen Erkrankungen darstellt, dann den Rachen bei den gleichen Abweichungen, endlich den Kehlkopf wiederum mit den gleichen Störungen, sondern schildert jede Erkrankung wie sie sich der Reihe nach an Nase, Rachen, Kehlkopf abspielt.

Jener Verzicht auf die propädeutische Seite geräth zweifellos dem Buch zum Vortheil, indem dieselbe gegenwärtig bei der ausführlichen Behandlung seitens aller Lehrbücher der neueren Zeit leicht vermisst wird und indem dadurch der Autor in den Stand gesetzt wurde, umsomehr Aufmerksamkeit der klinischen Seite des Faches zuzuwenden.

Es sei nur kurz gestattet, einige Einzelheiten anzuführen, theils um zu zeigen, was der Autor zur Sprache bringt, theils welche Ansicht er über gewisse interessirende Fragen gewonnen hat.

Schon am ersten Capitel fällt angenehm auf, in welch eingehender Weise die Abweichungen im Kehlkopf behandelt sind, welche durch Geschlecht, Pubertät, Mutation, durch conträre Sexualverhältnisse und den Einfluss hohen Alters hervorgebracht werden, die Bildungsfehler der Nase, des Gaumens, der Lippen, die Anomalien der Wirbelsäule, die zu kennen recht nöthig ist. Es folgen dann die angeborenen Tumoren, Halsfisteln, welche als Rückschlagsbildungen anzusehen sind. An Todesfälle durch Thymusvergrösserungen und Asthma thymicum glaubt F. nicht. Trachealpuls könne noch andere Ursachen haben als Aneurysma. Die angeborenen intranasalen Verwachsungen mögen sowohl Folge von Entzündung als Rückschlagsbildungen sein. Auch die Ursachen der Verwachsungen im Larynx seien noch nicht sichergestellt. Die Septumdeviationen erklärt F. ganz in Uebereinstimmung mit den Erfahrungen des Ref. meist durch abnorme Wachsthumsverhältnisse entstanden. Nach Aufzählung der Anomalien der Nasennebenhöhlen und der Zähne, sowie der Asymmetrie des Kehlkopfs schliesst das erste Capitel mit der

Therapie der Varikositäten, Synechien, Atresien und Skoliosis septi narium. Bei letzteren hält F. und mit Recht gegenüber anderen Autoren Vermeidung von Perforationen für wünschenswerth und zu dem Zweck Resection mit dem Messer für das beste Mittel.

Im zweiten Capitel werden die Verletzungen, Fremdkörper, Mykosen und Blutungen besprochen. Verletzungen des Septum mit Dislokation räth F. nicht unbehandelt zu lassen, sondern durch Einlegen von Schienen unangenehme Folgen hintanzuhalten, dagegen bei Nebenhöhlenverletzungen verstopfende Verbände möglichst zu vermeiden, um den Weg zu ihnen möglichst freizuhalten. Bezüglich der Fremdkörper betont er die Möglichkeit, dass solche durch viele Jahre hindurch latent im Luftrohr getragen, aber auch durch pathologische Zustände z. B. an den Tonsillen solche vorgetäuscht werden können. Von ärztlicher Behandlung solcher Blutungen, die durch Herz, Nieren, Leber und Gefässkrankheiten veranlasst sind, wird abgerathen. Bei Hämatoma septi wird Furchenziehung mit dem Galvanokauter empfohlen, um Druck auszuüben durch Zusammenziehung der Brandnarben, bei Septumblutungen Anlegung von Compressorien. Tamponade soll nur im Nothfall angewendet werden.

Das dritte Capitel handelt von der Betheiligung der ersten Athemwege bei acuten Infectionskrankheiten, betont das häufige Befallenwerden der Nasennebenhöhlen, die Lähmungen und Neurosen bei Influenza, und schildert die bekannten Folgen von Typhus, besonders der Perichondritis, von Diphtheritis, wo er der Intubation nur den Werth des Nothbehelfs zuweist, von Masern, denen er ganz besonders die Schuld an Vergrösserung der Rachentonsille beimisst, von Scharlach, Rothlauf, Pocken, Krampfhusten und acutem Gelenkrheumatismus.

Im vierten Capitel werden die acuten Entzündungen geschildert. Bei der acuten Rhinitis wird aufs neue hingewiesen auf die verhängnissvolle Wirkung auf Saugkinder, bei der acuten Entzündung des adenoiden Gewebes auf die grossen Schwierigkeiten in der Differenzialdiagnose zwischen Angina lacunaris und Diphtheritis, ebenso bei den submucösen Entzündungen auf die Schwierigkeit zwischen ihr, Erysipel und Phlegmone zu unterscheiden.

Bei den chronischen Entzündungen im fünften Kapitel nimmt der Autor Veranlassung, vor Vielgeschäftigkeit im Allgemeinen zu warnen, weist darauf hin, dass Rachentonsillen ausser den vielbekannten Folgen auch die Saugwirkung auf den Thränencanal aufheben, sowie gut hörende intelligente Kinder stumm machen können, wahrscheinlich durch auf Störung der Lymphgefässverbindung bedingter Stauung. F. empfiehlt die Massage für Pharyngitis atrophica, während er sie bei Ozaena für unwirksam, für diese vielmehr eine von ihm erdachte Wandtamponade wirksam findet. Bei der Erwähnung der Ursachen der Nebenhöhlenempyeme hebt er für die Kieferhöhlen die Entstehung durch acute Infectionskrankheiten gegenüber der bisher im Vordergrund gestandenen dentalen Entstehungsweise hervor, schiesst aber nach der Ansicht des Ref. in dieser Richtung doch wohl über das Ziel hinaus. Die Durchleuchtung hält F. für Stirn- und Siebbeinhöhlenempyem für werthlos, für das der Kieferhöhle für entbehrlich. Aufmeisselung der Stirnhöhle billigt er erst dann, wenn zielbewusste intranasale Versuche vergeblich geblieben.

Das sechste Kapitel umfasst die chronischen Infectionskrankheiten. Mit vollem Recht führt F. an, dass die Diagnose aus dem blossen Ansehen zwischen Tuberculose und Syphilis gar häufig, so besonders am Septum, wo Tuberculose so häufig in Form von Tumoren auftrete, unmöglich sei. F. hält sodann die Correspondenz zwischen der von Tuberculose befallenen Larynx- und Lungenseite für noch nicht bewiesen; gewiss, dem Ref. erscheint sie aber nach seinen Beobachtungen in der bei weitem grösseren Zahl der Fälle zweifellos. Bezüglich der Therapie bei Tuberculose mahnt der Autor bei der Prophylaxe zu Herstellung verloren gegangener Nasenathmung bei Kindern und spricht sich für örtliche Behandlung auch im Kehlkopf aus, wofern der Allgemeinzustand, oder schlimme Complicationen den drohenden Schaden nicht grösser erscheinen lassen, als den zu hoffenden Nutzen. Bezüglich der Syphilis theilt F. die Ansicht Lewin's über die Glätte der Zungenwurzel nicht, und mahnt, die oberen Luftwege fleissig zu untersuchen, um der Krankheit nicht Zeit zur Schaffung irreparabler Störung zu lassen. Es folgen noch Lepra, Sklerose, Aktinomykose und Malleus.

Bei den Neubildungen im Kapitel acht ist zu erwähnen, dass F. nicht alle Nasenpolypen für secundär hält, sondern auch primär vorkommende, förmliche Neubildungen annimmt, dass er, und mit Recht, das Schwammverfahren zur Entfernung von Kehlkopfgeschwülsten nunmehr, nachdem das Cocain zu Gebote steht, für obsolet erklärt; bei den bösartigen Neubildungen wird erwähnt, dass besonders diejenigen der Nase und des Nasenrachens meist erst spät zum Arzt führen, dass Sarcome in Nase und Rachen häufiger vorkommen als Carcinome, im Nasenrachen besonders häufig von dem adenoiden Gewebe ihren Ausgang nehmen und mit ihm verwechselt werden können, während im Kehlkopf die Carcinome an Häufigkeit vorwiegen, und dass Lymphdrüsenschwellung bei letzteren oft lange oder ganz fehlen.

Das achte Kapitel, das die Nervenkrankheiten zum Gegenstand hat, zeichnet sich wieder durch klare Darstellung und reiche Erfahrung besonders aus. Es beginnt mit den intracraniell und peripher bedingten Geruchsstörungen; dann folgt das umfangreiche und interessante Gebiet der Störungen der Sensibilität, Hyperästhesie, Hypästhesie, Parästhesie, ferner die Reflexneurosen, denen die nach Häufigkeit des Vorkommens ihnen zukommende bescheidene Stellung gesichert wird. F. theilt sie ein in sekretorische, vasomotorische, neuralgische und spastische. Die Motilitätsstörungen zerfallen in hyperkinetische, hypokinetische und Coordinationsstörungen. Neben den cerebralen Krämpfen und Lähmungen werden besonders diejenigen bei Tabes hervorgehoben, unter den Coordinationsstörungen die verschiedenen Mogisphonien, nämlich die spastische, tremorartige und die paralytische Form.

Diese Auslese mag erweisen, welche reiche Fülle von interessanten Fragen das Buch zur Sprache bringt. Dieses selbst aber, gelesen, wird gewiss Jedermann den Eindruck machen, dass diese Fragen einerseits in selbstständiger, auf grosser Erfahrung beruhender Auffassung, andererseits in unparteiischer Weise ohne Aufdrängung der eigenen Person behandelt werden, dass der Autor sich gleich weit entfernt hält von Polypragmasie wie von messerscheuem Gehenlassen.

Ein gleich hohes Lob wie dem Text kann man leider den Abbildungen, meist Reproductionen, nicht angedeihen lassen; dazu sind sie allzu flüchtig.

Krieg.

---

b) **R. Dreyfuss** (Strassburg i. E.). **Die Krankheiten des Gehirns und seiner Adnexa im Gefolge von Naseneiterungen.** Jena. G. Fischer. 1895.

Aehnlich wie Körner vor einigen Jahren die otitischen Erkrankungen des Gehirns monographisch bearbeitet hat, macht Dreyfuss die rhinogenen Processe am Gehirn und seinen Häuten zum Gegenstand einer literarischen Studie. Kuhnt's bekannte Arbeit beschäftigt sich nur mit den Folgezuständen der entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen, die vorliegende Schrift umfasst das gesammte Gebiet der Naseneiterungen.

Der erste Theil giebt eine sorgfältige Zusammenstellung der vorliegenden Literatur. Die einzelnen Krankengeschichten werden in kurzen Auszügen mitgetheilt, zuerst einige Fälle von Gehirnaffectionen infolge kleiner operativer Eingriffe, dann die Eiterungen des Sinus maxillaris, der Stirnhöhle, der Siebbeinzellen, zuletzt die des Keilbeins und der Keilbeinhöhlen, soweit sie mit Gehirnsymptomen sich complicirten.

Der nächste Abschnitt (VI) behandelt die Aetiologie und Pathogenese der rhinogenen Gehirninfection. Als Infectionsweg kommen die Knochen, Lymph- und Gefässverbindungen in Betracht. Dehiscenzen und kleine Defecte sind in der Wandung der Stirnhöhle, der Keilbeinhöhle und am Siebbein, wie Dreyfuss durch literarische Belege nachweist, nicht so selten und spielen bei der Fortleitung entzündlicher Processe von der Nase zum Schädelinnern eine deletäre Rolle. Den Lymphbahnen schreibt der Verf. eine untergeordnete Bedeutung zu; in den Venen aber sieht er die hervorragendsten Vermittler der Infection.

Im folgenden wichtigsten Capitel (Symptomatologie und Therapie) fasst Dr. das eigentliche Ziel seiner Untersuchungen in folgende 4 Fragen zusammen, die in ihrem Wortlaut vielleicht schärfer zu fassen wären, das Wesen der Sache aber richtig zu treffen scheinen:

1. Welche Schlüsse können wir über die Nothwendigkeit der Behandlung der acuten oder der chronischen Nebenhöhleneiterungen überhaupt ziehen aus dem procentualen Verhältniss von Nebenhöhleneiterungen im Allgemeinen zu den durch Infection des Gehirns letal verlaufenden Fällen?

2. Haben die Eiterungen der verschiedenen Nebenhöhlen in bestimmter Weise die Tendenz, auf bestimmten Bahnen gewisse Hirnbezirke zu inficiren oder gewisse Formen von Hirnhaut- bezw. Blutleitererkrankungen herbeizuführen?

3. Ist der Verlauf der intracraniellen Erkrankung ein solcher, dass ein chirurgischer Eingriff Aussicht auf Erfolg bietet? und

4. Ist die Art der Localisation rhinogener Gehirnerkrankungen ein solcher, dass ein chirurgischer Eingriff überhaupt möglich bezw. zulässig ist?

Die erste Frage beantwortet Verf. nicht bestimmt. Das geringe vorliegende

Material beweist nur die Seltenheit rhinogener Hirnabscesse; die statistischen Mittheilungen sind aber zu spärlich, um die Aufstellung einer Mortalitätsziffer der Naseneiterungen bisher zu ermöglichen.

Die zweite besonders wesentliche Frage behandelt Verf. sehr ausführlich. Er stellt für jede Nebenhöhleneiterung in tabellarischer Form die publicirten Fälle, den Infectionsweg und die gefundene Gehirnaffection zusammen. Die wesentlichsten Resultate sind folgende: In 5 Fällen von Eiterung der Kieferhöhle war der Weg der Infection und der Befund im Gehirn in jedem Falle ein anderer. — Bei der Stirnhöhleneiterung (22 Fälle) war die Hirninfection in $1/_2$—$2/_3$ der Fälle durch Perforation der hinteren Wand erfolgt, in etwa $1/_3$ der Fälle wanderte die Infection durch die Knochendiploe. Selten erfolgt der Durchbruch oder die Durchwanderung der Diploe an der unteren Wand. Die Perforation der hinteren Wand führt ungefähr in der Hälfte der Fälle zu einem Frontalabscess. Die Durchwanderung der Diploe hat zur Folge an der hinteren Wand extradurale Abscesse oder Meningitis convexitatis, an der unteren Wand Periostitis orbitalis, Thrombophlebitis ophthalmica und Thrombose des Sinus cavernosus. Ein Unterschied zwischen acuten und chronischen Eiterungen tritt nicht hervor. — Die Tabelle der Eiterungen der Siebbeinzellen umfasst 10 Fälle; Verf. resumirt: 1. Die letalen Siebbeineiterungen sind überwiegend acuter Art, gewöhnlich mit Erkrankung anderer Nebenhöhlen combinirt. 2. Die Infection der Gehirnhäute erfolgt meistens durch die Lamina cribrosa hindurch. 3. Chronische, letal verlaufende Eiterungen in den Siebbeinzellen scheinen selten zu sein, da der Eiter leicht am inneren Augenwinkel ins Freie gelangt. 4. Die Gehirnabscessse infolge von Eiterungen des Siebbeins sitzen im Vorderlappen des Gehirns (orbitaler Theil). — Aus den 13 letalen Fällen von Eiterungen der Keilbeinhöhle zieht Verf. den Schluss, dass diese Nebenhöhlenerkrankung häufiger durch Durchwanderung der Knochendiploe, als durch Perforation der Wand das Gehirn in Mitleidenschaft zieht. Die häufigste intracranielle Erkrankung ist die Thrombose des Sinus cavernosus, die auf andere Blutleiter sich fortpflanzen kann. Basale Meningitis kommt vor und kann auf die Convexität übergreifen; auch extradurale Abscesse in der Sella turcica und intradurale in der mittleren Schädelgrube sind beobachtet, dagegen Gehirnabscesse bisher nicht.

Die Prognose und Therapie der cerebralen Complicationen werden entsprechend der Frage 3 und 4 (s. oben) im letzten Theil der Arbeit erörtert. Feste Normen für den chirurgischen Eingriff lassen sich, das geht aus den oben mitgetheilten Resultaten allein schon deutlich hervor, bisher nicht aufstellen.

In einem Anhang ist die Rhinitis acuta perniciosa (Coryza maligna) und ihre Beziehungen zur Cerebrospinalmeningitis behandelt.

Ein Literaturverzeichniss schliesst die Arbeit, der grosser Fleiss nachzurühmen ist, die aber gerade in den wichtigsten letzten Abschnitten unter einer gewissen Unübersichtlichkeit leidet. Dass das wichtige Problem, welches Verf. in Angriff genommen hat, durch seine Studie nicht ganz geklärt wird, liegt in der Natur der Sache; das vorliegende Material ist noch zu spärlich, die aufgeworfenen Fragen sind noch nicht spruchreif.

Durch die schärfere Fragestellung schon und durch die sorgsame Zusammenstellung des bisherigen Materials aber hat der Verf. sich ein Verdienst erworben, das der Weiterarbeit auf diesem Gebiete entschieden zu Gute kommen wird.

F. Klemperer (Strassburg i. E.).

American Laryngological Association.

17. Jahresversammlung, abgehalten in Rochester, N. Y., den 17.—19. Juni 1895.

Erster Tag. Montag den 17. Juni 1895.

Der Vorsitzende Dr. John O. Roe (Rochester) eröffnete die Versammlung und hiess die Anwesenden willkommen. Sein einleitender Vortrag behandelte

„Die Beziehung des Wassergehaltes der Luft zu den Erkrankungen der oberen Luftwege, mit besonderer Bezugnahme auf die Lake Region“.

Redner führte aus, dass keine Gegend in klimatischer Hinsicht für alle Krankheiten gut sei und keine die Functionstüchtigkeit aller Körperorgane in gleicher Weise fördern könne. Bedingungen, welche auf Athemstörungen günstig wirkten, dürften für biliäre Affectionen leicht nachtheilig sein und umgekehrt.

Das Klima der Lake Region nun scheint auf Nase, Hals und Lungen ungünstig einzuwirken, während biliäre Störungen gerade dort nicht häufig sind. Die Gegend ist feucht und durch plötzliche Temperaturumschläge mit niederem Jahresmittel charakterisirt. Der Boden ist stellenweise leicht und sandig, an anderen Stellen aber schwer und mit Thon unterlegt. Diese thonhaltigen Unterschichten sind auf den Feuchtigkeitsgehalt der Luft von grossem Einfluss.

Die Kette grosser Seeen sendet kalte Luftströme in grosser Masse über die ganze Gegend; die Folge sind die häufigen und plötzlichen Temperaturwechsel. Die wasserhaltigen Luftströmungen hemmen die Perspiratio insensibilis und wirken dadurch ungünstig auf den Organismus; die Schleimhäute, speciell die der Nase, leiden darunter.

Die Beziehung der Luftfeuchtigkeit zur Phthise wurde von Bowditch schon vor mehr als 30 Jahren betont, als vom Tuberkelbacillus noch nichts bekannt war. Heute ist die Richtigkeit seiner Anschauung allgemein anerkannt; die feuchte Luft und der feuchte Boden präpariren offenbar die Gewebe für die bacilläre Invasion. Wir sollen unser Land und unser Haus möglichst drainiren und unsere Zimmer gründlich ventiliren; das heisst den Krankheiten vorbeugen.

E. Fletcher Ingals (Chicago): Getrocknete Schilddrüse gegen Kropf.

Redner hat in den letzten 3—4 Jahren Schilddrüsenpräparate verschiedener Art angewandt, bei seinen letzten 6 Fällen getrocknete Schilddrüse. 0,36 g dieses

Präparates entsprechen einer ganzen Drüse. Redner giebt ausführlichere Krankengeschichten dieser letzten 6 Fälle und berichtet dann im ganzen über 50 Fälle. Taylor's Statistik über 25 Fälle weist Besserung nur in 7 Fällen auf. Der Hals war gleichmässig in seinem Umfang verringert. Von unangenehmen Nebenerscheinungen sind notirt Kopfschmerz in 30 pCt., Schwindel in 37 pCt. und Pulsbeschleunigung in 25 pCt. der Fälle. Unter J.'s 50 Fällen nahm der Hals in 38 ab. Ausser den vorgenannten Nebenerscheinungen wurden notirt Zittern, Schwäche, Rückenschmerz, Uebligkeit, Gewichtsabnahme und in einem Falle Uteruscontractionen, die sich direct auf die Wirkung des Medicamentes zurückführen liessen. J. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse: 1. Die Schilddrüsenproducte üben einen starken Einfluss auf das Nervensystem und die Circulation, wie aus den Kopfschmerzen, der Pulsbeschleunigung und den Gewichtsschwankungen deutlich hergeht. 2. Diese Symptome können auftreten bei einer täglichen Verabreichung von $1^1/_2$ bis 2 Schilddrüsen. 3. Es ist nach allem nicht unwahrscheinlich, dass unvorsichtige Dosirung sogar letale Folgen haben kann. 4. Die getrocknete Schilddrüse verdient vor anderen Präparaten den Vorzug. 5. Innerliche Darreichung wirkt ebenso gut wie die subcutane Application. 6. Die Dosirung soll beginnen mit 0,12 dreimal täglich und bis zu 0,24 und 0,48, wenn nöthig, vorschreiten. 7. Die Wirkung ist keine gleichmässige bei verschiedenen Patienten und auch bei demselben Patienten nicht zu allen Zeiten dieselbe. Gelegentliche Digestionsstörungen mögen dabei mitspielen. 8. Das Mittel ist von Werth beim Myxödem. 9. Bei Basedow'scher Krankheit nimmt die Schilddrüse wohl etwas ab, die Herzbeschleunigung wird aber eher verstärkt, als gebessert. 10. Cystenkröpfe scheinen keinen Nutzen von der Medication zu haben. 11. Dass die Schilddrüsentherapie noch für andere Krankheiten einen Werth hat, ausser für die genannten, ist durch nichts erwiesen.

Die Discussion wurde eröffnet von

E. L. Shurly (Detroit), der den gewöhnlichen Thyroidextract in einigen 20 Fällen mit wenig Erfolg zur Anwendung brachte.

W. E. Casselberry (Chicago) hat das Mittel in einem Falle von Basedow'scher Krankheit erprobt, er gab die frische Drüse zweimal in der Woche. Der Pat. wurde gebessert, aber nicht geheilt.

Ingals verlangt in seinem Schlusswort, dass man mit Rücksicht auf die mögliche Bedeutung inficirten Wassers für die Entstehung des Kropfes in gewissen Gegenden allen Patienten nur destillirtes oder sonst irgendwie gereinigtes Wasser zu trinken geben möge.

W. E. Casselberry (Chicago): Elektrolyse mit Strom-Controleur zur Verkleinerung von Auswüchsen der Nasenscheidewand.

Die Elektrolyse ist kein Universal-Ersatzmittel für andere Behandlungsmethoden, sie hat ihre festen Grenzen. Ein Ueberblick über die einschlägige Literatur zeigt, dass die Anpreisungen zum Theil alles Maass überschreiten, ohne dass die Autoren dabei logische Gründe oder klinische Erfahrung ins Feld führen können. Redner beschreibt den Mac Intosh'schen Strom-Controleur, den er im Verein mit dem Edison-Strom benutzt. Der ideale Strom für die Elektrolyse

hat eine mässig hohe Spannung (Volts) und relativ geringe Stromstärke (Ampères). Redner gebraucht die sogenannte bipolare Methode und verwendet Nadeln von Irido-Platin.

Redner berichtet dann über 10 Fälle, die sich in 3 Gruppen theilen lassen:

1. Rein knorpelige Spinen. Diese beseitigt die Elektrolyse; man muss sich aber hüten, die Sache nicht zu weit zu treiben, da sonst Perforation zu Stande kommt. 15—40 M.-A. und Sitzungen von 6—8 Minuten sind ausreichend.

2. Theils knorpelige, theils knöcherne Spinen. Hier ist der durch die Elektrolyse zu erzielende Nutzen direct proportional dem Gehalt der zu entfernenden Masse an Knorpel. Nur der Knorpel verschwindet, der Knochen nicht.

3. Rein knöcherne Spinen; bei ihnen ist die Elektrolyse ohne Effect. Der Autor schliesst mit folgenden Sätzen:

a) Spinen des erstgenannten Typus können elektrolytisch entfernt werden. Eine Gefahr der Blutung besteht nicht, aber die Methode ist doch kein voller Ersatz des chirurgischen Eingriffs.

b) Spinen des zweiten Typus sind nur zum Theil durch Elektrolyse zu entfernen.

c) Spinen des dritten Typus können elektrolytisch nicht entfernt werden, da die Nadeln in den Knochen nicht eindringen.

d) Auf Deviationen hat diese Methode keinen Einfluss.

J. E. Newcomb (New York) berichtet zur Discussion über seine eigenen Erfahrungen mit der Methode und wendet sich scharf gegen die Autoren des Continents, die auch für knöcherne Spinen und Septumverbiegungen die Elektrolyse empfohlen haben.

W. H. Daly (Pittsburgh) verwirft die Methode als antiquirt; man verliere nur Zeit mit derselben, auch gebe es keinen unzuverlässigeren Apparat als ein Ampèremeter. Thatsächlich erziele man eher eine Cauterisation, als Elektrolyse. Redner zieht die gewohnten chirurgischen Methoden vor, besonders die mit einem De Vilbiss-Motor getriebene Trephine. Ausserdem ist Casselberry's Strom-Controleur nicht für Wechselströme benutzbar.

E. E. Shurly vergleicht die Elektrolyse solcher Spinen mit dem Beginnen eines, der ein zu amputirendes Glied mit Höllenstein fortätzen will.

Jonathan Wright (Brooklyn) hält für das legitime Gebiet der Elektrolyse Phthisiker und sonstige geschwächte Individuen, bei denen man die Blutung und den Shock nicht mehr riskiren zu können glaubt.

Ingals erklärt es für möglich, weiche vordere Spinen einfach durch die weissglühende feine Spitze des Cauters zu beseitigen.

John H. Loumar (Cleveland) erklärt, dass auch auf dem Continent die zuverlässigsten Autoren gegen die Elektrolyse sich ausgesprochen haben.

S. Hartwell Chapman (New Haven) sieht einen Fehler des Casselberry'schen Apparates darin, dass die Stärke des Anfangsstromes nicht genügend reducirt werden kann.

A. B. Thrasher (Chicago) fragt, ob die bipolare Methode weniger schmerzhaft ist, als die monopolare.

Casselberry bejaht dies. Chapman's Einwand gegen seinen Apparat giebt er zu, hofft aber diesem Uebelstand in der Zukunft abhelfen zu können.

George B. Hope (New York): Steht die acute Mandelentzündung mit rheumatischen Zuständen in irgend einem Zusamenhang?

Redner ist der Meinung, dass die jetzt weit verbreitete Theorie, dass der Tonsillitis eine rheumatische oder gichtische Diathese zu Grunde liegt, in den Ergebnissen der klinischen Erfahrung nicht begründet. Thatsächlich haben Patienten, die häufig an Tonsillitis leiden, öfters weder zur Zeit dieser Affection noch in der Anamnese irgend ein Zeichen von Rheumatismus aufzuweisen und auf der anderen Seite erkranken gerade Rheumatiker relativ selten an Mandelentzündung. Recht bezeichnend ist, dass mit vorrückendem Alter die Mandel weniger und weniger für acute Attaken disponirt ist, während gerade die rheumatischen Neigungen mit den Jahren immer mehr zunehmen. Auch ist aus pathologischen Gründen anzunehmen, dass die rheumatische Diathese eher die serös-fibrösen Gewebe in Mitleidenschaft zieht, als mucös-fibröse oder lymphatische Gebilde, wie die Mandel. Ein weiteres Argument gegen die obige Theorie liegt in dem Nachweis, dass die peritonsilläre Eiterung deutlich infectiöser Natur ist und nicht selten durch intranasale Operationen verursacht wird. Aus Allem ist der Schluss zu ziehen, dass die jetzt beliebte antirheumatische Therapie mit Guajac oder Salicylpräparaten entweder irrig ist oder wenigstens in einer noch nicht verständlichen Weise, jedenfalls nicht durch Bekämpfung der rheumatischen Grundlage wirkt. Es ist noch keineswegs erwiesen, dass diese Mittel wirklich die Krankheitsursachen abortiv oder abschwächend beeinflussen.

Zweiter Tag. Dienstag den 18. Juni 1895.

J. W. Farlow (Boston): Lipome im Larynx.

Redner berichtet über zwei Fälle von Lipombildung und zeigt erläuternde Abbildungen und Präparate. Im ersten Fall, der einen Knaben von 2 Jahren betrifft, sass der Tumor an der Innenseite der rechten Backe. Er sah gelappt und röthlich aus, war weich, glatt, nicht ulcerirt und glich thatsächlich einem abgesprengten Theil der Parotisdrüse, wofür auch sein Sitz gerade vor der Mündung des Ductus Stenonianus sprach. Der Tumor wurde mit der kalten Schlinge, ohne Blutung, abgetragen. — Das Lipom des Larynx wurde bei einem 66jährigen Manne beobachtet, der vor 15 Jahren schon bei sonst guter Gesundheit einen Tumor wahrgenommen hatte, der irgendwoher aus dem Halse kam und sich bis zwischen die Zähne vordrängte. Mit der Scheere wurde ein 2 Zoll langes Stück abgetragen. Im März 1893 war der Tumor wieder gewachsen; er war so lang, dass der Pat. ihn mit einer Art Binde zurückhalten musste, damit er sich nicht stets zwischen die Zähne drängte. Der Tumor schien nach hinten in den Larynx zu verlaufen und war, wohl durch Hineindrängen zwischen die Stimmbänder, wiederholt die Ursache von Erstickungsanfällen. Mit der gebogenen Scheere und

und der kalten Schlinge wurden Stücke des Tumors entfernt. Der Pat. entzog sich dann der Beobachtung, kam aber wieder mit den alten Symptomen und einem Recidiv der Geschwulst. Jetzt wurde die ganze Masse mit der heissen Schlinge abgetragen; als Ansatzstelle ergab sich die Gegend über dem rechten Aryknorpel. Anatomische Diagnose:. Submucöses Lipom. Nach 2 Monaten kein Recidiv.

J. W. Farlow (Boston): Ein paar Bemerkungen über die Abtragung der Tonsillen.

Redner spricht über die Wahl der Operationsmethode. Zuerst löst er etwaige Adhäsionen zwischen den Tonsillen und den Gaumenbögen. Ist gleichzeitig mit der Tonsillotomie die Fortnahme adenoider Vegetationen nothwendig, so narkotisirt er den Pat. und trägt zuerst die Gaumentonsillen mit einer besonderen Drahtschlinge (Demonstration) ab und entfernt darnach die Adenoidwucherungen.

Redner legt auch das Ruault'sche Tonsillotom und das Conchotom von Hartmann vor, die beide für die stückweise Abtragung der Tonsille von Werth sind. Eine nennenswerthe Blutung erfolgt bei keinem der genannten Iustrumente. Mit der Galvanokaustik hat Redner Versuche gemacht, doch ist er sehr wenig von ihr erbaut.

F. H. Bosworth (New-York) meint, dass beim Einschneiden in ein lymphoides Gewebe Blutung zwar möglich ist, aber sehr selten bei Kindern vorkommt. Die breit adhärenten Massen zwischen den Gaumenbögen müssen auf irgend eine Art ausgegraben werden, aber für die hervorragenden Theile der Tonsille eignet sich die Guillotine. Ein Instrument, das für alle Fälle passt, giebt es nicht.

Ingals fand Blutungen häufiger bei den Kindern, deren Tonsillen zur Zeit der Operation nicht so gross waren, bei denen aber die Operation doch indicirt erschien. Cocain anästhesirt nicht und befördert die Blutung.

Carl Seiler (Philadelphia) hält das Mathieu'sche Instrument für fehlerhaft, weil es gewöhnlich so construirt ist, dass der ganze Durchmesser des Fensters vertical statt horizontal -- wie er sein sollte — steht.

Daly ist der Meinung, dass in chirurgischer Hinsicht an den Tonsillen mehr gesündigt worden ist, als an irgend einem Körpertheil. Mackenzie's Instrument erreicht nur halb das Ziel; das Messer oder die Zange muss noch nachhelfen. D. hat 4 oder 5 mal beunruhigende Blutungen erlebt.

Casselberry betont nachdrücklich, dass Blutungen in jedem Falle, bei Kindern wie bei Erwachsenen, vorkommen können. Er selbst hat nie operirt, ohne den geschlossenen Galvanocauter zur Hand zu haben. Bei fibrösen Tonsillen zieht er die Schlinge vor. Schwierig ist es, die Adhäsionen zu lösen; um aber die Gaumenbögen freizulegen, zögert er selbst nicht, ein Stückchen Schleimhaut, wenn nöthig, zu opfern.

Shurly hat 2 mal Blutungen bei Kindern gehabt. Man muss die Natur der Tonsille und die Grösse des zu entfernenden Stückes in Betracht ziehen, dann aber auch auf abnorme Vertheilung der Gefässe vorbereitet sein. Bei der

Ignipunctur führt Sh. die glühende Spitze nicht in die Crypten, sondern diagonal zwischen dieselben.

Bosworth (New-York): Melancholie geheilt durch intranasale Operation.

Pat., ein 42jähriger Mann, war melancholisch, schlaflos und nicht im Stande, seiner Arbeit nachzugehen. Er klagte über einen bohrenden Schmerz zwischen den Augen und ein Gefühl, als ob die Augäpfel zu gross für ihre Höhlen wären. Pat. kam in die Hände der verschiedensten Aerzte und machte ebensoviele Proceduren durch, als da sind: Operation wegen Varicocele, Tragen einer Brille, Operation wegen Strictur, Castration, Circumcision, Ligatur der Arteria pudenda interna, Operation wegen Hämorrhoiden, Moxen an der Wirbelsäule, Haarseil im Nacken, Tenotomie der Augenmuskeln, Enucleation eines Auges. Zuletzt kam der Pat. auch in Redners Hände. B. fand einen fast vollständigen Verschluss der rechten Nasenseite durch Deviation des Septums und eine vergrösserte linke mittlere Muschel mit myxomatöser Degeneration und Symptomen von Ethmoiditis. Die Beseitigung dieser Nasenstörungen brachte den Pat. bald zur Heilung.

Bosworth (New-York): Ein Fall von eitriger Siebbeinerkrankung mit secundärer Invasion der Keilbeinhöhle, Hirnabscess und Tod.

Der Pat., ein Mann von 33 Jahren, litt seit Jahren an einer Siebbeinerkrankung mit den gewöhnlichen Symptomen derselben. Seit 4 Tagen hatte er plötzlichen Kopfschmerz und linksseitige Facialisneuralgie; kein Fieber, der Allgemeinstatus gut. Eiter war zwischen der mittleren Muschel und dem Septum zu sehen. Es wurde daraus auf Ausdehnung der Eiterung auf die Keilbeinhöhle geschlossen. Eingreifen mit Meissel und Zange brachte nur vorübergehend Besserung. Ganz plötzlich wurde Pat. stark fieberhaft und halb comatös, der linke Arm und die linke Gesichtshälfte waren gelähmt; nach 24 Stunden trat der Tod ein. Die Section wurde nicht gemacht, doch glaubt B. einen Abscess an der Hirnbasis annehmen zu dürfen. Redner spricht sich dahin aus, dass die Siebbeinerkrankung, die im Allgemeinen nicht für fatal gilt, doch indirect durch Infection der Keilbeinhöhle fatal werden kann. Manche Fälle von sogen. Keilbeinhöhlenerkrankung hält er eher für ethmoidale, als für sphenoidale Affectionen. Er hat etwa 150 Fälle von Siebbeinerkrankung gesehen, aber nur zwei von selbständiger Keilbeinerkrankung.

J. H. Bryan (Washington): Ein weiterer Beitrag zur Structur der eitrigen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen; mit Krankengeschichten.

Fall I. Abscess der rechten Kieferhöhle durch Zahncaries. 39jähriger Pat. mit nasalem Ausfluss, stärker rechtsseitig, Neuralgie; dabei etwas abgemagert, geistig verstimmt; Klagen über Magenbeschwerden. Die Untersuchung ergab eine gewisse Spannung über der Fossa canina, leichte Hypertrophie der

unteren Muschel und beim Schnäuzen einen trüben eitrigen Ausfluss. Caries des ersten und zweiten rechten oberen Molarzahns. Der eine Zahn wurde extrahirt; dabei fand man eine in seiner Wurzel steckende Nadel. Der Pat. entsann sich, dass er vor 8 Jahren mit einer Nadel an dem Zahn herumbohrte und dass diese dabei abbrach. Die Kieferhöhle wurde mit einer Wasserstoffsuperoxydlösung ausgespült, später mit Borsäure ausgepulvert. Nach 3 Wochen wird kein Eiter mehr entleert, die Alveolaröffnung schliesst sich.

Fall II. Eitrige Ethmoiditis in Caries der vorderen Siebbeinzellen ausgehend. 68jähriger Mann, seit 10 Jahren an Neuralgie über dem inneren Augenwinkel leidend; am linken Auge besonders starke Schmerzen bei einer Coryza. Gelblicher Ausfluss aus der linken Nasenseite. An der Orbita keine Schwellung, auch keine Sehstörung. Links die mittlere Nasenmuschel vergrössert und neben ihr von oben herab Eiter austretend. Mit der Sonde lässt sich leicht eine cariöse Erkrankung der vorderen Siebbeinzellen nachweisen, die Inspection aber ist infolge der Schleimhautschwellung nicht möglich. Der erkrankte Knochen wird unter Cocain curettirt; alle Symptome gehen zurück.

Fall III. Abscess der linken Stirnhöhle, Nasenpolypen und hypertrophische Rhinitis. 50jähriger Mann; seit Jahren Ausfluss aus der linken Nase, linksseitiger Kopfschmerz, Verstopfung der linken Nasenseite. Der allgemeine Gesundheitszustand hat stark gelitten. Die Haut über der linken Stirnhöhle geschwollen und roth, auf Druck schmerzhaft. Die rechte untere Muschel ist hypertrophisch, in der linken Nase zahlreiche Polypen und eine Verwachsung zwischen linker unterer Muschel und Septum. Entfernung der Polypen, Lösung der Adhäsion, Verkleinerung der hypertrophischen Muscheln. Nach diesen Eingriffen gelang die Drainage der Stirnhöhle, da der Ductus fronto-nasalis ungewöhnlich weit war. Der Pat. wurde erheblich gebessert, ist aber zur Zeit noch nicht vollständig geheilt.

Fall IV. Abscess des Sinus frontalis, ethmoidalis und maxillaris mit Caries der Fronto-Ethmoidalzellen. Patientin, eine Frau von 48 Jahren, litt häufig an Catarrhen und seit 7 Monaten beständig an Ausfluss aus der linken Nase. Die Zähne sind gesund, nur stehen die am linken Oberkiefer weiter vor, als die der anderen Seite. Patientin klagt über heftige Kopfschmerzen und starke Facialisneuralgie auf der linken Seite. Die linke Gesichtshälfte erscheint congestionirt, es besteht supra- und infraorbitale Schwellung und Druckschmerzhaftigkeit an diesen Partien und auch in der Fossa canina. Die rechte untere Muschel ist leicht vergrössert, links sind untere und mittlere Muschel congestionirt und geschwollen; die linke Nase ist voll Eiter, der frei nach vorn und hinten abfliesst. Die Durchleuchtung ergiebt Verdunkelung der linken Stirn- und Kieferhöhle. Das Gesichtsfeld ist für roth und grün eingeengt. Nach Extraction des ersten Molarzahns wurde die Kieferhöhle von der Alveole aus angebohrt. Es entleerte sich ein gelatinöser Schleim. Borsäure-Irrigationen und später tägliche Ausspülungen mit Wasserstoffsuperoxyd führen nur theilweise Besserung herbei und es stellt sich die Nothwendigkeit der Eröffnung der Stirnhöhle heraus. Aus derselben wurde ein dunkelgrüner stinkender Eiter entleert. Jetzt schritt die Heilung gut vor und nach einem Monat sollte die Patientin aus der Behand-

lung werden, da erschien der Eiter und die entsprechenden Symptome von Neuem. Die Höhle wurde wieder eröffnet, curettirt und mit Jodoformgaze tamponirt. Später wurde erkannt, dass zwischen Stirn- und Kieferhöhle eine Verbindung bestand; noch später wurde ein Erkrankungsheerd im Knochen in den vorderen Siebbeinzellen constatirt. Nachdem dieser curettirt war, kam endlich nach zehnmonatlicher Behandlung die Heilung zu Stande.

Nach B.'s Ansicht ist nicht nur die Grippe von wesentlicher Bedeutung für die Nebenhöhlenerkrankungen, sondern auch bei einfacher Rhinitis sind dieselben durchaus nicht ungewöhnlich.

Nach Aufzählung der Ursachen für die Stirn- und Siebbeinhöhlenerkrankung erörtert Redner die Frage der Diagnose dieser Affectionen. Als Symptome für die Siebbeinerkrankung hebt er die Schmerzhaftigkeit auf Druck hervor, den Exophthalmus, Gesichtsstörungen und eine Erweichung des Knochens am inneren Orbitalwinkel. Mit der Nasensonde kann man in der Mehrzahl der Fälle cariöse Stellen des Knochens fühlen.

Bei der Stirnhöhlenerkrankung hängt die Schwere der Symptome vorzüglich davon ab, ob der Ausführungsgang zur Nase offen ist oder nicht. Schmerz tritt frühzeitig und heftig auf. Spannung und Druck sind häufig, gelegentlich besteht supraorbitale Röthung und Schwellung und eitriger Ausfluss aus der Nase. Ist der Ductus fronto-nasalis aber geschlossen, so entwickeln sich die localen Druckerscheinungen in der Nachbarschaft der Höhle sehr stark. Dann kann ein orbitaler und sogar ein intracranieller Abscess sich bilden, wenn nicht bald durch geeigneten Eingriff Hilfe geschafft wird.

Was die Behandlung der ethmoidalen Fälle anlangt, so muss ein Theil der mittleren Muschel mittelst Schlinge oder Zange abgetragen und dann die Oeffnung der erkrankten Zellen erweitert werden. Dies geschieht mit verschiedenen Instrumenten, aber stets unter sorgsamer Controle, da man in einer gefährlichen Gegend arbeitet. „Freie Drainage" ist das Ziel jedes Eingriffs. Sind die Fronto-ethmoidalzellen betheiligt, so geht man gerade so vor wie bei Stirnhöhlenerkrankung. Aus der Nase muss alles fortgeräumt werden, was auf den Ductus fronto-nasalis drücken könnte. Eine Incision kann in der gewöhnlichen Weise gerade am Supraorbitalrand gemacht werden; sehr genau muss darauf geachtet werden, ob die beiden Stirnhöhlen mit einander communiciren. Ist der Ausführungsgang geschlossen oder sind die vordersten Ethmoidalzellen an der Eiterung betheiligt, so soll der kleine Finger in die afficirte Nasenseite eingeführt und unter dessen Leitung ein gebogener Trocart von dem Sinus durch die Oeffnung desselben in die Nase gestossen werden.

An die beiden letzten Vorträge schloss sich eine lebhafte Discussion an. Wright berichtet über Erfahrungen an einem besonders hartnäckigen Fall von Highmorshöhlenerkrankung. Oft ist es schwer zu bestimmen, woher der Eiter in der Nase kommt. Redner warnt vor zu frühzeitiger Operation.

Ingals hat 3 Fälle von Keilbeinhöhlenerkrankung beobachtet. Er zieht die Eröffnung der Höhle an ihrer unteren Wand der von vorn her vor.

Gleitsmann hält es für richtiger, in die Keilbeinhöhle mit der Schäffer-

schen Sonde auf dem gewöhnlichen Wege einzudringen. In einem Falle hat er eine profuse secundäre Blutung erlebt. Er führte die Sonde $4^1/_2$ Zoll weit nach oben und hinten gerade am Rand der mittleren Muschel entlang, etwa $^1/_8$ Zoll über ihrer unteren Kante. Bei chronischen Fällen ist die vordere Wand der Höhle nicht sehr hart und kann mit der Sonde leicht durchbrochen werden.

Shurley ist überrascht, dass keiner der Vorredner von den Störungen des Geruchs bei solchen Fällen gesprochen hat. Er hat zahlreiche Fälle von nasalem Ausfluss gesehen, bei denen er eine Neuritis des Bulbus olfactorius als secundäre Folge von Hirnerkrankung annahm, die er aber nicht für Fälle von Ethmoiderkrankung gehalten hat.

Daly empfiehlt die Nase an einem Flügel zu lösen und nach der Seite herumzuklappen, ehe man an die Keilbeinhöhle herangeht.

Mulhall glaubt die Schädelhöhle und das Gehirn gegenüber Keilbeinhöhlenaffectionen besser geschützt, als gegenüber der Erkrankung der Siebbeinzellen. Sphenoidalerkrankung ohne Siebbeinaffection ist selten. Grünwald's Monographie hält er für das weitaus Beste, was über diese Dinge geschrieben ist.

Eine ausgedehnte Discussion entspinnt sich über die Frage der linearen Entfernnng bis zur Keilbeinhöhle. Es werden verschiedene Meinungen laut, keiner der Redner aber vermag ausser seiner persönlichen Erfahrung bestimmte Daten ins Feld zu führen.

W. K. Simpson (New York): Betrachtungen über einige der wichtigeren Principien der intranasalen Chirurie.

Redner ist der Ansicht, dass die Geschichte des Fortschritts einer Specialität die Geschichte ihrer Chirurgie ist. Die intranasale Chirurgie ist eine Zeitlang zu weit gegangen; jetzt kehrt das Pendel wieder zur Mittelstellung zurück.

Redner bespricht besonders die reducirenden Maassnahmen bei der Behandlung der obstruirenden oder hypertrophischen Rhinitis. Die Nase dient dem übrigen Organismus als natürliche Schutzvorrichtung; deshalb muss die Pathologie die prae-operative oder prae-chirurgische Periode besonders ins Auge fassen. Bestehen hypertrophische und atrophische Zustände nebeneinander mit Tendenz zur Ausbreitung der Atrophie, so muss der chirurgische Eingriff ganz besonders schonend sein, da sonst die atrophisirenden Processe eine Beschleunigung erfahren können.

Die Wahl der Methode muss möglichst darauf Bedacht nehmen, Shock zu vermeiden, eine glatte Fläche zurückzulassen, so wenig, als mit dem zu erreichenden Ziele irgend vereinbar, von der Schleimhaut zu zerstören, möglichst wenig Blutung und möglichst geringe Gelegenheit zur Infection zu verursachen und schliesslich eine normal secernirende Fläche zurückzulassen.

Dieselbe Wichtigkeit wie der Operation selbst, ist der Nachbehandlung zuzumessen, die eine streng antiseptische zu sein hat. Eine Asepsis der Nase ist wahrscheinlich nicht durchführbar, da die Nase keine geschlossene Höhle ist; so weit als irgend möglich soll man ihr aber nahekommen.

Mulhall glaubt, dass die Gefahr septischer Infection erheblich herabgesetzt

wird, wenn wir überall, wo derselbe anwendbar ist, den Galvanokauter in Weissglühhitze verwenden und denselben nicht in situ erkalten lassen. M. cocainisirt die ganze Nase mit 4proc. und das Operationsfeld selbst mit 10proc. Cocainlösung. Die Schmerzen, welche die strahlende Hitze verursacht, kann man mit einer gesättigten Natrium bicarbonic.-Lösung sofort besänftigen.

Wright hat früher niemals Störungen nach der Cauterisation der Nase beobachtet, aber damals auch nicht genügend Gewebe entfernt. Seit er gründlicher vorgeht und tiefer cauterisirt, hat er mancherlei störende Folgen erlebt. Die Application von Trichloressigsäure scheint ihm geeignet nach der Operation.

J. E. Newcomb (New York): Ludwig'sche Angina.

Redn. schildert die Geschichte dieses Leidens, wie sie in der medicinischen Literatur der letzten 60 Jahre sich abspielt. Nach der modernen Auffassung ist die Angina Ludovici eine diffuse phlegmonöse Entzündung des Mundbodens und des intermusculären und subcutanen Zellgewebes der Submaxillargegend, die in Resolution oder in Gangrän oder Abscess enden kann. Manche Autoren wollen das Gebiet, in dem die Erkrankung vorkommt, auf die Regio submaxillaris beschränken, doch steht dies mit früheren Anschauungen nicht im Einklang.

Stets war es ein Gegenstand des Streites, ob die Affection als eine besondere Krankheit zu betrachten sei, die einen eigenen Namen und specielle Berücksichtigung verlangt, oder nicht. Ludwig fasste als die charakteristischen localen Erscheinungen folgende zusammen: 1. Eine eigenartig brettharte Induration des Bindegewebes, die den Fingereindruck nicht aufnimmt. 2. Eine gleichmässige Verbreitung der Induration in der Weise, dass sie stets scharf abgegrenzt ist von einer Zone vollständig intacten Zellgewebes. 3. Eine harte Schwellung unter der Zunge mit einer polsterartigen Schwellung rund um die Innenseite des Unterkiefers von dunkelrother oder blaurother Farbe.

Aus den verschiedenen Angaben, die einander zum Theil widersprechen, scheint doch das eine als richtig hervorzugehen, dass die Krankheit eine intensiv infectiöse Phlegmone ist, die unter besonderen und eigenthümlichen Bedingungen sich ausbildet. In Bezug auf die Aetiologie wissen wir wenig Sicheres, denn die bakteriologischen Untersuchungsergebnisse sind sehr geringe; man hat nur die gewöhnlichen Eiterkeime gefunden; Verdacht auf Actinomycose ist geltend gemacht, aber nicht bestätigt worden. Bei den letalen Fällen sah man übereinstimmend eine allgemeine Zerstörung des cervicalen Zellgewebes und der Muskelsubstanz. Grosse Gewebsfetzen fanden sich in einer ichorösen Flüssigkeit oder in Eiter. In mehreren Fällen hatte sich der Eiter im subcutanen Gewebe einen Weg bis zum Sternum, ins Mediastinum und selbst ins Pericard gebahnt.

Die Art der Infection lässt sich in vielen Fällen gar nicht bestimmen. Alle Läsionen der Zähne, der Drüsen im Munde, Ulcerationen an den Lippen, Eruption des Weisheitszahnes, Tonsillitis etc. können als prädisponirende Ursachen in Betracht kommen; sie begünstigen das Eindringen virulenter Keime in die Lymphbahnen und ihre Uebermittelung in das Zellgewebe.

In allen Fällen entsteht die Eiterung ursprünglich in dem dreieckig pyramidalen Raum, dessen (unten gelegene) Spitze dem Punkte entspricht, wo der

Musc. mylo-hyoideus den Genioglossus trifft, und dessen (nach oben gelegene) Basis unter die Zunge sich erstreckt. Die schräg verlaufende äussere Wand desselben bildet die Innenfläche des Unterkiefers und des Musc. mylo-hyoideus; die verticale Innenwand des Genioglossus und Hyoglossus. Unzweifelhaft wird die Sublingualdrüse oft zuerst afficirt und die Submaxillardrüse erst später. Entweder dringen dann die Keime, welche die sublinguale Phlegmasie verursacht haben, in gleicher Weise zur Submaxillardrüse vor oder aber der sublinguale Eiter durchsetzt die Fasern des Musc. mylo-hyoideus und dringt so zur Regio submaxillaris vor.

Die Localsymptome sind die einer Phlegmone, die Allgemeinsymptome die eines infectiösen Fiebers von sthenischem oder asthenischem Typus. Besonders wichtig ist, dass an der Innenfläche unter der Zahnreihe die charakteristische Härte vorhanden ist.

Differentialdiagnostisch muss Osteomyelitis des Kiefers in Erwägung gezogen werden, ferner einfache submaxilläre Adenophlegmone und das seltene Leiden, das unter dem Namen des Fleischmann'schen Hygroms bekannt ist.

Etwa 100 Fälle sind unter dem Namen der Ludwig'schen Angina publicirt; nur bei 58 sind die Angaben in klinischer Hinsicht ausreichend für eine genauere Analyse. Von diesen Fällen betreffen 44 Männer, 9 Frauen und 5 Kinder (ohne Angabe des Geschlechts). Der älteste Patient war 66 Jahre alt, der jüngste 3 Monate. 40 pCt. der Fälle fallen zwischen 20 und 30 Jahre. Geheilt sind von den 58 Fällen 33, es starben 25. Nur bei 9 finden sich Angaben über den bakteriologischen Befund; es wurde nachgewiesen der Streptococcus 4 mal, der Staphylococcus aureus und albus je 1 mal und Erysipelkokken 2 mal. In einem Falle war ein dem Bacterium coli ähnlicher, aber durch die Cultur von ihm unterschiedener Bacill vorhanden.

Als Behandlung kommt in Betracht frühzeitige Incision mit nachfolgender energischer Antiseptik und allgemein therapeutische Maassnahmen.

Neuerdings hat Semon der Anschauung Ausdruck gegeben, dass die Krankheit mit Erysipel des Rachens, acuter ödematöser Laryngitis, Oedem des Larynx und phlegmonöser Pharyngitis thatsächlich eins und dasselbe sei, nämlich eine septische Entzündung des Halses, die nur nach Schwere und Localisation verschieden, in ihrer Aetiologie aber in allen Fällen gleich sei. Diese Theorie ist einfach die klinische Anwendung der bakteriologischen Principien auf eine bestimmte Gruppe der septischen Entzündungen.

Zur Discussion berichteten Daly und Ash über Fälle, die nach ihrer Ansicht zur Angina Ludovici zu rechnen sind. Swain ist der Meinung, dass die peritonsilläre Entzündung an der Zungenbasis denselben Symptomencomplex erzeugen kann.

Lefferts.

(Fortsetzung folgt.)

III. Briefkasten.

68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Frankfurt a. M., 21.—26. September 1896.

20. Abtheilung: Laryngologie und Rhinologie.

Einführender: Geh. San.-Rath. Professor Dr. Moritz Schmidt.
Schriftführer: Dr. med. Carl Vohsen.

Angemeldete Vorträge.

1. Dr. med. Rosenberg in Berlin: Ueber das Diaphragma laryngis.
2. Privatdocent Dr. Seifert in Würzburg: Thema vorbehalten.
3. Geh.-Rath Professor Dr. B. Fraenkel in Berlin: Ueber die pathologische Irritabilität der Nasenschleimhaut.
4. Dr. med. Paul Koch in Luxemburg: Ueber Fremdkörper der obersten Luftwege.
5. Professor Dr. Körner in Rostock:
   a) Ueber chirurgische Anginen.
   b) Ueber seröses Exsudat in der Kieferhöhle.
   c) Ueber die Verwerflichkeit der Narkose bei der Entfernung der Rachenmandel.
6. Dr. H. Bergeat in München: Ueber Asymetrie der Choanen, mit Demonstration an skeletirten Schädeln.
7. Dr. Katzenstein in Berlin: Die Orthoskopie des Larynx (Spiegelbesichtigung des Kehlkopfs im aufrechten Bilde).
8. Dr. med. Hajek in Wien: Ueber die Beziehungen zwischen Stirnhöhle und Siebbeinlabyrinth, mit Demonstration anatomischer Präparate.
9. Dr. H. Gutzmann in Berlin: Ueber die functionelle Rhinolalia aperta.
10. Dr. G. Scheff in Wien: Thema vorbehalten.
11. Dr. Rich. Kayser in Breslau: Ueber das Verhältniss der Ozaena zu den adenoiden Vegetationen.
12. Professor F. Massei in Neapel. Ueber die acuten Verengerungen des Kehlkopfs bei Kindern und ihre Behandlung.
13. Dr. med. Guarnania in Neapel: Bakteriologische Studien über die Coryza caseosa.
14. Dr. med. Martin in Paris: Thema vorbehalten.
15. Dr. med. Lubet-Barbon in Paris: Thema vorbehalten.
16. Dr. med. Felix Klemperer: Zur Bakteriologie der Ozaena.
17. San.-Rath Dr. Reichert in Berlin:
    a) Ueber einige seltenere Fälle von Polypen in den Nebenhöhlen der Nase.
    b) Demonstration von rhino- und laryngo-chirurgischen Instrumenten.

Für gemeinsame Sitzungen mit anderen Abtheilungen:

a) Mit Abtheilung 13, Innere Medicin und Pharmakologie:
   18. Dr. med. Avellis in Frankfurt a. M.: Die rhinitischen Meningitiden.

b) Mit Abtheilung 14, Chirurgie:
   19. Dr. med. Thost in Hamburg: Ueber Trachealcanülen.
c) Mit Abtheilung 17, Neurologie und Psychiatrie:
   20. Dr. med. Zwaardemaker in Utrecht: Die Pathologie des Geruchs.
d) Mit Abtheilung 19, Ohrenheilkunde.
   Nach Möglichkeit die oben aufgeführten rhinologischen und pharyngolo-Vorträge.

Ausflug nach Falkenstein i. T. zur Besichtigung der Lungenheilanstalt und nach Ruppertshain i. T. zur Besichtigung der Volksheilstätte.

Ein neues laryngologisches Journal.

Soeben ist die erste Nummer eines neuen amerikanischen Specialjournals für Nasen-, Hals- und Ohrenkrankheiten erschienen. Dasselbe nennt sich „The Laryngoscope“, erscheint monatlich in St. Louis, wird von Dr. F. M. Rumbold und Dr. M. A. Goldstein herausgegeben, und zählt unter seinen ausländischen Mitarbeitern die Herren Dundas Grant (London), Kirk Duncanson (Edinburgh), Urbantschitsch (Wien), Kimura (Tokio), A. Hartmann (Berlin), Ryerson (Toronto). Die amerikanischen Mitarbeiter sind die Herren Lederman, Scheppegrell, Scott Bishop, Eaton.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XII. Berlin, October. 1896. No. 10.

I. Referate.

a. Allgemeines, Parotis, Medicamente etc.

1) **A. Baurowicz. Jahresbericht aus Prof. Pieniaczek's Laryngologischer Klinik. (Sprawozdanie z oddziatu dla chorób krtani Prof. Pieniazka w szpitalu sw. [Lazarza w krakowie za rok 1895].)** Krakau. 1896. 21 Seiten.

Im Laufe des Jahres 1895 wurden 98 [? Red.] Kranke einer systematischen Behandlung unterzogen. Davon waren 33 Fälle von Sclerom, und zwar wurden in 6 Fällen die Nase und der Nasenrachenraum, in den übrigen der Kehlkopf afficirt gefunden. Stenosis laryngis post perichondritidem wurde 6 mal und zwar 1 mal e perichondritide post fracturam cartilaginis cricoideae, in 3 Fällen post diphtheritidem laryngis und 1 mal post luem diagnosticirt. Von Tuberculosis laryngis wurden 11 Fälle behandelt; einmal Tuberculoma septi; 4 Fälle von Carcinom. Es wurden 2 Fälle retronasaler Tumoren operirt.

23 mal wurde die Tracheotomie, 12 mal die Laryngofissur ausgeführt.

A. v. SOKOLOWSKI.

2) **S. G. Mixter. Tumoren der Ohrspeicheldrüse im Halse erscheinend. (Tumors of the parotid gland appearing in faucial region.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 6. Februar 1896.*

Fall 1: Bei einem Manne ragte eine rundliche Masse von etwa Olivengrösse in den Mund, anscheinend dem weichen Gaumen angehörig. Dieselbe war elastisch, gespannt, nicht schmerzhaft. In Aethernarcose wurde incidirt bis auf den Tumor, der sich als solide erwies und ohne Schwierigkeit herausschälen liess. Die Geschwulst dehnte sich nach hinten um den Kiefer herum aus und war über hühnereigross.

Fall 2: 35jährige Frau mit seit Jahren langsam wachsendem Tumor im Munde, der seit kurzem das Sprechen und Schlucken ernstlich störte. Die Geschwulst, die von der linken Seite des Schlundes her sich vorwölbte, war hart, etwas knotig und mit glatter Schleimhaut überkleidet. Unter Aethernarcose, die

Schwierigkeiten hatte, da der Mund von der Geschwulst fast ausgefüllt war, wurde der Tumor ebenso wie in Fall 1 entfernt. Im längsten Durchmesser maass er etwa $2^1/_2$ Zoll. Die mikroskopische Untersuchung ergab unregelmässig drüsigen Bau, dazwischen mehr oder weniger hyalines Gewebe mit Stern- und länglichen Zellen: Adeno-Chondrom wahrscheinlich der Parotis.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

3) **Georg Clement. Ueber seltenere Arten der Combination von Krebs und Tuberculose.** *Virchow's Archiv. Bd. 139. p. 35. 1895.*

Unter den angeführten Fällen sind für uns von Interesse der 1. Fall: Combination von Krebs des Unterkiefers mit Tuberculose der Halslymphdrüsen und Fall 4: Endotheliom der Parotis und der ganzen Unterkiefergegend mit tuberculöser Degeneration.

F. KLEMPERER.

4) **A. Schirman. Ein Fall von vollständigem Verlust des Geruchs und Geschmacks. (A case of absolute loss of smell and taste.)** *N. Y. Med. Record. 14. März 1896.*

Die Störung war wahrscheinlich durch die Veränderungen in gewissen Hirnbezirken, und nicht durch Erkrankung des ersten und zwölften Hirnnerven bedingt. Für die Beiderseitigkeit der Anosmie ist die durch Meynert festgestellte Thatsache heranzuziehen, dass in der vorderen Commissur eine Faserkreuzung des Olfactoriusnerven stattfindet. Der Patient mit dem einseitigen Defect im Gyrus hippocampi kann danach wohl die gleichen Störungen auch auf der andern Seite aufweisen.

LEFFERTS.

5) **Avellis** (Frankfurt a. M.). **Die Behandlung des Schluckwehs.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 3. 4. 1896.*

Eine für den Practiker sehr erwünschte Zusammenfassung der für die Beseitigung der verschiedenen Formen von Schluckweh anzuwendenden Mittel und Behandlungsmethoden. Von den Arzneimitteln sind ausser den von Wroblewski für die Dysphagie der Phthisiker empfohlenen Antipyrin-Cocaininjectionen die von Avellis angegebenen Anginapastillen von guter Wirkung bei allen schmerzhaften Affectionen des Rachens, des Schlundes und des obersten Oesophagustheiles. Weniger nützen die Pastillen bei tief gelegenen Entzündungsprocessen, z. B. bei Peritonsillarabscessen. — Ein sehr ausführliche Besprechung ist der Diätetik gewidmet.

SEIFERT.

6) **Eugen Kraus** (Wien). **Ein Fall von Argyrie der äusseren Haut nach Bepinselung des Kehlkopfes mit Höllensteinlösung.** *Allg. Wiener med. Zeitung. 1896. No. 7.*

K. pinselte den Kehlkopf 30mal mit schwacher Silberlösung. Einige Wochen nach Beendigung der Pinselung fand er im Nacken und am Halse der Patientin die eigenthümliche Verfärbung, wie sie bei Argyrie vorkommt. Die Larynxschleimhaut zeigte nichts Abnormes. K. betont mit Recht die Incongruenz der Menge der verbrauchten Silberlösung mit dem Affecte an der Haut.

CHIARI.

7) **Lennox Browne. Streichung der Gurgelwässer aus der Therapie der Halskrankheiten. (A suggestion to abolish gargling in the treatment of diseases of the throat.)** *N. Y. Medical Journal. 21. März 1896.*

Bei allen Halskrankheiten, bei denen die Affection hinter den Gaumenbögen liegt, hat das gewöhnliche Gurgeln gar keinen Zweck, da die Gurgelflüssigkeit niemals den Ort der Erkrankung erreicht. LEFFERTS.

8) **Ludwig Ebstein** (Wien). **Zur Kenntniss der Salicylsäurewirkung auf die Respirationsschleimhaut.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 11.*

Die bekannten reizenden und Entzündung erregenden Wirkungen der Salicylsäure sah Autor sowohl bei Einathmung als auch localer Application auftreten und beschreibt einen Fall, bei welchem die Erscheinungen auf jahrelange Beschäftigung mit genannter Säure zurückzuführen waren und dann ihren Höhepunkt erreichten, als Patient mit der amorphen Salicylsäure zu thun hatte. Die Nasen- und Pharynxschleimhaut war düsterroth injicirt, dabei trocken. Der locale Larynxbefund zeigte neben Schwellung und Injection Oedem um die Processus vocales mit Stenosenerscheinungen. Die Trachea war concentrisch verengt. Unter Jodkali-Medication trat alsbald Heilung ein. Als aber Patient abermals seinem Berufe nachging, traten die Erscheinungen wieder auf; erst seit er auf Anrathen des Verfassers seiner Beschäftigung vollständig entsagte, ist Patient vollständig gesund. CHIARI.

9) **Redact. Notiz. Die reizende Wirkung der Salicylsäure auf die Luftwege. (The irritant action of salicylic acid on the air-passages.)** *N. Y. Medical Journal. 28. März 1896.*

Hinweis auf die mehrfach beobachtete Thatsache, dass Inhalation mit Salicylsäure-Partikelchen beladener Luft oder zerstäubter Salicylsäurelösung Reizung der Nasen-, Rachen- und Bronchialschleimhaut verursachen kann. In einem Falle wurden hämorrhagische Pharyngitis und Dysphagie constatirt.

LEFFERTS.

10) **M. Rothschild. Erfahrungen über Tussol.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1896. No. 1.*

R. sah gute Erfolge von dem Mittel. Er gab nach Rehn's Vorschrift 0,01 pro Monat, 0,1 pro Jahr, steigend bis 0,5. Meist genügte 0,4 3mal täglich, jeden 4. Tag liess er das Mittel aussetzen. LANDGRAF.

11) **Fr. Mohrhoff** (Neapel). **Ueber Salmiakeinathmung und einen neuen Inhalator.**

M. rühmt die ausgezeichnete Wirkung reinen Salmiaks auf Catarrhe. Ein guter Apparat muss

1. vollkommen neutrales Salmiakgas liefern,
2. genaue Dosirung erlauben,
3. leichte Einathmung,
4. bequeme und sichere Handhabung erlauben.

Er construirte einen Apparat aus 3 Kämmerchen und 1 Saugrohr, ungefähr

von der Grösse einer Pfeife. In das untere Kämmerchen tröpfelt man 5 Tropfen Ammoniakflüssigkeit, in das mittlere 10 Tropfen Salzsäure, in das obere legt man Glaswolle oder einen mit Kalkwasser angefeuchteten Schwamm.

Lieferant: E. Wolf, Berlin N., Oranienburgerstrasse 13. LANDGRAF.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **St. Clair Thomson** und **R. T. Hewlett. Das Schicksal der Mikroorganismen der Einathmungsluft. (The fate of microorganisms in inspired air.)** *Lancet. 11. Januar 1896.*

In einer früheren Mittheilung (cf. Centralblatt November 1895) zeigten die Verff., dass mindestens 1500 Microorganismen stündlich eingeathmet werden, dass deren Zahl aber nicht so selten bis auf 14000 steigt. Die Ausathmungsluft aber ist thatsächlich frei von Microben (Tyndall, Gunning, Strauss, Grancher u. A.). In den Versuchen von Strauss wurde von 609 inhalirten Keimen nur ein einziger exspirirt. Lister's Beobachtungen am Pneumothorax durch Verletzung der Lunge infolge von Fractur einer Rippe erweisen, dass die Keime nicht bis in die Alveolen hinabgelangen und Hildebrandt's Untersuchungen sprechen dafür, dass sie schon oberhalb der Trachea zurückgehalten werden, wahrscheinlich in den Nasenwegen. Die Verff. bestätigen dies; sie untersuchten den Trachealschleim frisch getödteter Thiere und fanden ihn stets steril. Weiter erwiesen die Verff., dass thatsächlich in der Nase die Bacterien zurückgehalten werden; in einer sorgfältig ausgeführten Versuchsreihe prüften sie die Inspirationsluft nach der Passage durch die Nase und constatirten, dass alle Keime verschwunden waren.

Wenn nun die Bacterien in der Nasenhöhle zurückgehalten werden, so erhebt sich die Frage: Was hält sie zurück und was wird aus ihnen? In ihrer früheren Abhandlung kamen die Verff. zu dem Schluss, dass die normale Nasenschleimhaut gewöhnlich ganz frei von Keimen ist, dass dagegen die Vibrissae, das Vestibulum nasi und die Nasenkrusten von Keimen wimmeln. Dass die Thätigkeit des Flimmerepithels ein wesentlicher Factor ist, kann kaum bezweifelt werden; ein Kohlepartikelchen, das man in den Pharynx eines Frosches legte, sah man mit einer Geschwindigkeit von 25 mm in der Minute fortbewegt werden. Auch folgende Beobachtung zeigt, wie schnell Bacterien von der Schneiderschen Membran fortgeschafft werden. Von den Vibrissae und der Nasenschleimhaut eines der Verff. wurden Culturen angelegt. Es entwickelte sich keine rothe Colonie. Der Bacillus prodigiosus war also nicht vorhanden. Nun wurde eine Oese einer Reincultur von Prodigiosus an einer Stelle des Septums deponirt und von Zeit zu Zeit wurden von dieser Stelle und den benachbarten Partieen Culturen angelegt. Die Prüfung nach fünf Minuten ergab ein reichliches Wachsthum der Prodigiosusbacillen, dessen Colonien auf der Platte confluirten. Nach 15 Minuten schon war die Menge der Colonien sehr viel geringer, nach 60 Minuten nur noch eine kleine Anzahl und nach 80 Minuten häufig schon gar kein Wachsthum mehr;

nach 2 Stunden aber war in keinem Falle mehr eine Spur der Bacillen zu entdecken.

Eine bactericide Kraft entfaltete der Nasenschleim in diesem Falle nicht, dagegen besass er die wesentliche Fähigkeit, das Wachsthum der Keime zu hemmen. Der Nasenschleim wurde mit sterilen Wattebäuschen aufgefangen. Bei der Entfernung kamen diese mit den gewöhnlichen Bacterien des Naseneingangs in Contact. In keinem Falle erwies sich die keimtödtende Kraft des Nasenschleims ausreichend stark, um das Wachsthum der an der Watte haftenden Keime in der Gelatineplatte zu verhindern, selbst dann nicht, wenn die Keime der Einwirknng des Schleims vor der Anlegung der Cultur stundenlang (bei Zimmertemperatur) ausgesetzt gewesen waren. Directe Impfung von Prodigiosusbacillen in angesammelten Nasenschleim und zeitweise Abimpfung auf Gelatine ergab ebenfalls, dass der Nasenschleim zwar selbst kein guter Nährboden ist, in ihm eine Entwicklung nicht statt hat, dass er aber die Bacillen nicht abtödtet.

Die Verff. kommen zu dem Schluss, dass alle oder nahezu alle Luftkeime zurückgehalten werden, ehe sie den Nasenrachenraum erreichen. Die Mehrzahl wird wahrscheinlich durch die Vibrissae und ganz am Eingange der Nase aufgehalten, und die Bakterien, die bis zur Nasenschleimhaut vordringen, werden rasch wieder eliminirt. Der Nasenschleim ist kein geeignetes Medium und daher vermehren sich die Bacterien nicht in der Nase. Ihre Fortschaffung von der Schneider'schen Membran ist wohl hauptsächlich Effect der Cilienbewegung des Epithels; das Träufeln des Schleims selbst und der Thränen mag dazu beitragen. Vielleicht kommt auch die Phagocytose in Frage, gewiss aber nur in geringem Grade, denn bakterienhaltige Rundzellen vermochten die Verff. nur einmal anzutreffen.

BRONNER.

13) **Redact. Notiz. Die Nase als Mikroben-Zerstörer. (The nose as microbe destroyer.)** *N. Y. Med. Record. 7. März 1895.*

Jeder Athemzug führt der Nase Bacterien zu; die Menge derselben ist an verschiedenen Orten eine verschiedene. Die Exspirationsluft ist frei von Keimen; auch im Nasopharyngealraum ist die Luft steril gefunden worden. Daraus ergiebt sich, dass die Nase ein sehr kräftiger Microbenzerstörer sein muss und zweitens, dass es wichtig ist, die Athmungsluft durch die Nase einzuziehen.

LEFFERTS.

14) **Capp. Einblasung von Chlornatrium in die Nasenhöhle zur Linderung von Schmerzen. (Insufflation of sodium chloride into the nasal cavity for relief of pain.)** *N. Y. Med. Record. 11. Januar 1896.*

Verf. empfiehlt durch einen gewöhnlichen Insufflator oder sonst ein geeignetes Rohr 0,12—0,24 g feingepulvertes Tafelsalz in die Nase einzublasen als Mittel gegen Gesichtsschmerz oder Kopfschmerz durch Trigeminusreizung, Augenermüdung oder aus anderen Ursachen, wie Hysterie, reflectorische Reizung vom Uterus aus u. s. w. Das Mittel ist zuerst von Leslie mit Erfolg angewandt worden und zwar gegen Neuralgie, Kopfschmerz, Gesichtsweh, Ohren- und Zahnschmerzen und Bronchialasthma. Die Einblasung ist im Augenblick etwas unan-

genehm, wie jedes Schnupfpulver, sie hat aber keine üblen Folgen und gewöhnlich den gewünschten Erfolg. LEFFERTS.

15) **Henry J. Mulford. Eine Bemerkung über die Ursache des Nasencatarrhs. (A suggestion as to the causation of nasal catarrh.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 7. März 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

16) **St. Clair Thomson. Die Antisepsis und intranasale Medicationen. (De l'antisepsie et des médications intra-nasales.)** *Annales des malad. de l'oreille du larynx etc. No. 1. Januar 1896.*

Verf. erweist, dass die Nasenhöhlen von Natur aseptisch sind und wendet sich gegen die Bestrebungen, sie künstlich zu desinficiren. Er empfiehlt die alkalischen Lösungen zur Abspülung von Secreten und Eiter, verwirft aber jede stärkere antiseptische Lösung. Die Desinfection der Instrumente wird durch einfaches Umschwenken in 5proc. Carbollösung gewährleistet. E. L. MOURE.

17) **J. E. Rhodes. Antiseptische Tabletten zur Nasenspülung. (An antiseptic tablet for nasal wash.)** *Journal Am. Méd. Assoc. 18. Januar 1896.*

Jede Tablette enthält

Kali chlor.	15
Natr. bicarbon. . .	60
„ chlorat. . . .	60
„ salicyl	30
„ biborac . . .	30
Thymol	0,07
Eucalyptol	0,15

Man löst 1 Tablette in $^1/_2$—$^1/_3$ Glas warmen Wassers.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

18) **Murray Mc Farlane. Neue Tabletten zum nasalen Gebrauch. (A new nasal tablet.)** *Dominion Med. Monthly and Ontario Medical Journal. Januar 1896.*

Die als „Plasma Alkaline Tablet" in den Handel gebrachten Tabletten enthalten die Natrium- und Kaliumsalze des Blutes.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

19) **F. C. Ewing. Die Behandlung des Nasencatarrhs im London Central Throat, Nose and Ear Hospital. (Treatment of nasal catarrh in the London Central Throat, Nose and Ear Hospital.)** *Journ. Americ. Med. Associat. 15. Februar 1896.*

Nichts Erwähnenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

20) **Schnee. Eine neue Behandlungsmethode für Coryza. (A new treatment for coryza.)** *N. Y. Medical Record. 4. April 1896.*

S. giebt an, dass er acuta Coryza durch eine Reihe leichter Schläge, die er mit einem Gummihammer gegen die Stirn gerade über der Nasenwurzel führte,

geheilt hat. Zur Erklärung nimmt er an, dass leichte Erschütterungen der Nervenendigungen eine Contraction der Blutgefässe bewirken. LEFFERTS.

21) **Vnensche. Gegen Coryza. (Coryza.)** *Medical Record. 25. April 1896.*

Rp. Ichthyol 1,0
Aether
Alcohol ana 1,0
Aqua destill. 97,0
M. D. S. Zum Nasenspray. LEFFERTS.

22) **Fougeray. Menthol-Oel bei purulenter Rhinitis. (Mentholated-oil for purulent rhinitis.)** *Philad. Med. News. 18. Januar 1896. N. Y. Med. Record. 14. März 1896.*

Verf. berichtet über einen Fall von acuter primärer purulenter Rhinitis bei einem 12 Monate alten Kinde; im Eiter fanden sich der Staphylococcus albus und aureus. Die Heilung erfolgte unter Anwendung eines 10proc. Mentholöl-Sprays in Rachen und Nase 5 oder 6 mal täglich. LEFFERTS.

23) **F. M. Reeves. Trikresoljodin bei Nasenrachencatarrh, atrophischer und hypertrophischer Rhinitis. (Trikresoljodin in post-nasal catarrh, atrophic and hypertrophic rhinitis.)** *Memphis Medical Monthly. Januar 1896.*

Verf. empfiehlt das Mittel als Spray in 2proc. Lösung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

24) **Thomas F. Rumbold. Bemerkungen über den Vaselinspray bei der Behandlung chronischer Nasenentzündung (Remarks on Vaseline Spray Producers in the treatment of chronic nasal inflammation.)** *St. Louis Medical and Surgical Journal. März 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

25) **Maxim. Ottenfeld** (Prag). **Ueber die Heilwirkungen des Wasserstoffsuperoxyds bei Erkrankungen der Nasen- und Rachenhöhle.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 5. 1896.*

Autor beschreibt an der Hand zweier Fälle seine Erfahrungen betreffs der günstigen Heilwirkung von H_2O_2 auf chronisch-hypertrophische Pharyngo- und Rhinitiden. Im ersten Falle handelte es sich um eine über haselnussgrosse Hypertrophie des hinteren Endes der mittleren Nasenmuschel und eitrige Rhinitis. Die Therapie bestand in Nasenbädern mit 2proc. H_2O_2-Lösung, die Patient 3 mal des Tages vornahm. Anfangs stellte sich eine profuse Secretion ein, die alsbald schleimiger und geringer wurde und gleich wie die Hypertrophie schwand.

Der zweite Fall war eine Rachendiphtherie mit secundärer Infection der Nase. Therapie, Verlauf und Heilung wie im ersten Falle. Autor regt zu weiteren Versuchen an. CHIARI.

26) **J. Homer Coulter. Eitrige Rhinitis bei Kindern. (Purulent Rhinitis of children.)** *The Chicago Med. Recorder. März 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS.)

27) **E. G. Woodruff. Acute und chronische Coryza und ihre Bedeutung bei Kindern. (Acute and chronic coryza and its significance in children.)** *N. Y. Medical Record. 25. April 1896.*

W. bespricht die verschiedenen Folgen der acuten und chronischen Stenose der Nasenwege bei Kindern; er lehnt sich in seinen Auseinandersetzungen an die bekannte Arbeit von Em. Fink: „Ueber die Bedeutung des Schnupfens der Kinder" an.

LEFFERTS.

28) **Thomas F. Rumbold. Eine der Ursachen nasaler Verstopfung. (One of the causes of nasal obstruction.)** *St. Louis Medical and Surgical Journal. Februar 1896.*

Temporäre oder partielle Verstopfung der Nase bildet ein Athemhinderniss und führt zur Luftverdünnung in der stenosirten Höhle. Die Luftverdünnung wirkt wie eine Luftpumpe und saugt das Blut in die Gefässe hinein. Der Blutüberschuss nun verursacht die Hypertrophie.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

29) **Boulay. Die Ursachen nasaler Verstopfung beim Kinde. (Des causes d'obstruction nasale chez les enfants.)** *Rev. mens. d. malad. de l'enf. März 1896.*

B. zeigt, dass die Adenoidwucherungen nicht die einzige Ursache nasaler Verstopfung bei Kindern bilden, sondern dass ebenso, wie beim Erwachsenen, auch Hypertrophien der Muschelschleimhaut, Fremdkörper und Nasenscheidewandverbiegung in Frage kommen.

A. CARTAZ.

30) **E. E. Clark. Ein Fall von angeborenem beiderseitigen Verschluss der Nasenwege. (A case of congenital bilateral occlusion of the nasal passages.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 21. März 1896.*

Die Obstruction wurde durch eine Knochenanschwellung gebildet, die mit der Säge entfernt wurde.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

31) **Mayo Collier. Ueber einige Wirkungen chronischer Nasenobstruction. (On some effects of nasal obstruction.)** *British Medical Journal. 16. Mai 1896.*

In diesem am 1. Mai 1896 vor der West London Medico-Chirurgical Society gehaltenen Vortrag führte Mr. Collier die Bildungsstörungen des Oberkiefers in vielen Fällen auf chronische Nasenobstruction zurück, welche ein partielles Vacuum in der Nasenhöhle erzeuge, die bei jungen Individuen nicht im Stande sei, den vermehrten atmosphärischen Druck zu ertragen, und daher collabire. Diese Ansicht wurde von Dr. Thudichum bekämpft, welcher ausführte, dass Hypertrophie der unteren Muschel die häufigste Ursache chronischer Nasenobstruction sei, und die guten Erfolge ihrer Entfernung rühmte. Mr. Collier vertheidigte dem gegenüber seine Ansicht.

SEMON.

32) **Georg Boenninghaus** (Breslau). **Ueber Schleimdrüsen im hyperplastischen Epithel der Nasenschleimhaut.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinolog. 1895. Bd. III. Heft 3.*

Auf Grund sorgfältiger mikroskopischer Untersuchung kommt Verf. zu folgendem Schluss:

1) Im hyperplastischen Epithel der Regio respiratoria der Nasenschleimhaut finden sich bisweilen Schleimdrüsen vor.

2) Sie werden gebildet von hohen flimmernden Cylinderzellen, wie sie die normale Nasenschleimhaut trägt, die sich um eine tubulöse Einsenkung des hyperplastischen cylindroiden Epithels gruppiren und im Grunde desselben zu verschleimen pflegen.

3) Die verschleimten Zellen unterscheiden sich nicht von den Becherzellen der normalen Nasenschleimhaut und haben wie diese eine netzförmige protoplasmatische Structur.

4) Im Schnitte ist der meist schräg aufsteigende Ausführungsgang fast immer von dem Grunde der Drüse abgeschnitten und so erscheint der letztere meist als grosse helle mitten im Epithelsaum gelegene Knospe.

Verf. giebt eine Abbildung der beschriebenen Schleimdrüsen.

F. KLEMPERER.

33) **J. E. Hett. Eine schnelle und rationelle Methode zur Abtragung hypertrophischer unterer Muscheln. (A rapid and rational method for the removal of hypertrophies of the inferior turbinated bodies.)** *Medical News. 8. Februar 1896.*

Am besten operirt man mit einer langen gebogenen Scheere, deren unteres Blatt am unteren Rand der unteren Muschel liegt und mit der alles überhängende Gewebe mit einem kräftigen Schnitt abgeschnitten wird. Mit der Zange wird dann das abgetrennte Gewebe entfernt. Man kann, wenn der Schnitt nicht ganz durchgeht, leicht ziehen und das Stück losreissen; stärkere Gewalt ist aber zu vermeiden; lieber führt man die Scheere noch einmal ein. Die Blutung ist bisweilen erheblich.

LEFFERTS.

34) **L. Réthi** (Wien). **Ein neuer Schlingenschnürer für vergrösserte vordere Muschelenden.** *Wiener klin. Rundschau. 1896. No. 6.*

Die Beobachtung, dass man bei allmälig in die übrige Muschelschleimhaut übergehenden Hypertrophien der vorderen Muschelenden mit der gewöhnlichen Schlinge häufig abgleitet und dadurch die Abtragung wesentlich erschwert ist, hat Réthi veranlasst, ein Instrument zu construiren, mit welchem er in einem Tempo das hypertrophische Muschelgewebe ansticht und unterhalb dieser Durchstechungsnadel abschnürt. Nachdem Autor eine genaue Beschreibung und Zeichnung dieses Instruments gegeben, führt er die Vortheile an, die diese Methode vor den älteren besitzt, wie da in Gebrauch stehen: die galvanokaustische Zerstörung und die Abtragung mit dem Messer und der Scheere.

CHIARI.

35) **Edmund Meyer** (Berlin). **Bakteriologische Befunde bei Rhinitis fibrinosa.** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinolog. Bd. IV. Heft 2. 1896.*

Kurze Beschreibung des klinischen Bildes der Rhinitis fibrinosa. Verf. hat 31 Fälle geprüft, 9 nur mikroskopisch, die anderen durch Cultur und Thierversuch; er kommt zu dem Schluss, dass die Rhinitis fibrinosa in ätiologischer Beziehung keine einheitliche Krankheit ist, dass sie sowohl als Symptom einer diph-

theritischen Infection auftreten, wie auch durch andere Krankheitserreger, namentlich Streptococcen und Staphylococcen, hervorgerufen sein kann.

F. KLEMPERER.

36) **Pluder. Ueber Rhinitis fibrinosa diphtheritica.** *Münch. med. Wochenschr. No. 15. 1896.*

Der sogenannte Nasencroup ist nach den Untersuchungen von Pluder, die sich auf 6 Fälle beziehen, eine ächte localisirte Diphtherie und bedingt durch den Löffler'schen Bacillus. Deshalb ist die Krankheit baldigst zu heilen, denn es besteht die Gefahr der Ansteckung Anderer und der Weiterverbreitung auf den Rachen; ob danach Lähmungen vorkommen, ist noch nicht sicher. SCHECH.

37) **Berthold. Ueber Ozaena.** *Deutsche medic. Wochenschrift. 1896. No. 4. Vereins-Beilage No. 3.*

Die genuine Ozaena ist eine diffuse Erkrankung der Nasenschleimhaut mit Atrophie derselben und des darunterliegenden Knochens. Die Disposition liegt in mangelhafter Ausbildung des Knochenskeletts der Nase. Es giebt aber auch Fälle, in denen sich die Disposition nicht nachweisen lässt. Hinzukommen muss der specifische Krankheitserreger, der Ozaenabacillus. Ozaena kommt öfter, aber nicht regelmässig, zusammen mit Nebenhöhlenerkrankungen vor. Die Ozaena geht manchmal in die Paukenhöhle über; in dem Ohreneiter findet sich dann der spec. Bacillus. In einzelnen Fällen von Ozaena fehlt der Foetor. Warum, ist noch unklar. Pharynxnasendouche zur Reinigung, Tamponade nach Gottstein, Vibrationsmassage nach Braun oder Daae. Ueber antiseptische Injectionen von 54° — von Löwenberg empfohlen — hat B. keine Erfahrungen. LANDGRAF.

38) **P. Tissier. Die Syphilis der Nase. (De la syphilis du nez.)** *Gazette des hôpit. 15. Februar 1896.*

Eine allgemeine Studie, in der Verf. erst die syphilitischen Erscheinungen der äusseren Nase, dann die Lues der Nasenschleimhaut in ihren verschiedenen Stadien und zuletzt die hereditäre Syphilis, die frühe wie die Lues hereditaria tarda, bespricht. A. CARTAZ.

39) **M. Thorner. Syphilis der Nase. (Syphilis of the nose.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 22. Februar 1896.*

Einige Krankengeschichten; nichts Besonderes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

40) **A. Cooper. Nasenverstopfung bei acquirirter Syphilis. (Snuffles in acquired syphilis.)** *Brit. Med. Journ. 22. Februar 1896.*

Der 16jährige junge Mensch hatte seit 3 Monaten Plaques muqueuses auf der Hals- und Mundschleimhaut, seit ebenso lange bestand starker eitriger Ausfluss aus der Nase und die gesammten Symptome der Nasenverstopfung der Kinder mit erworbener Lues. ADOLPH BRONNER.

41) **Kuhn. Syphilitische Tumoren in der Nase.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1896. No. 8. Vereins-Beilage No. 5.*

Kurzer Bericht über einige Fälle. LANDGRAF.

42) **L. S. Somers. Nasensyphilis mit ausgedehnten Veränderungen. (Nasal syphilis with extensive lesions.)** *Med. and Surg. Reporter (N. Y.). 25. April 1896.*

Der Fall ist von Interesse durch die grosse Ausdehnung der Veränderungen — die primäre Infection lag 9 Jahre zurück — und durch das mit Quecksilber und Jodkali, besonders aber mit dem ersteren Mittel erzielte Resultat.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

43) **W. Wróblewski. Ueber Spätformen der Nasensyphilis. (O poznym syfilitic nosa.)** *Gazeta lekarska. No. 19, 20, 21, 22. 1896.*

Verf. hat in Privat- und Hospital-Praxis 42 derartige Fälle beobachtet und theilt dieselben in casuistischer Form genau mit; die Symptomatologie und differentielle Diagnostik werden eingehend besprochen. Verf. unterscheidet, was die Symptomatologie anlangt, vier Haupttypen:

1. chronische hartnäckige rhinitische Form,
2. einseitiger eitriger Nasenausfluss,
3. diffuse periostitische und gummöse Form,
4. Syphilis maligna mit diffusen Infiltraten, die sehr rasch zerfallen und trotz der Behandlung sich auf Periost und Knochen verbreiten.

In differential-diagnostischer Hinsicht macht Verf. auf die in 2 Fällen beobachteten dicken weisslichen Membranen aufmerksam, die auf den infiltrirten Muscheln ihren Sitz hatten und die richtige Diagnose bedeutend erschwerten. Derartige Membranen wurden nur von Dieulafoy als secundäre Erscheinungen der Nasensyphilis erwähnt.

In therapeutischer Hinsicht rühmt Verf. neben der specifischen Behandlung das Acidum chromicum als ein fast specifisch wirkendes Mittel bei hartnäckigen und tiefgreifenden syphilitischen Ulcerationen.

A. v. SOKOLOWSKI.

44) **Pluder. Tuberculose der Schleimhaut der Nase und des Nasenrachenraums. Primäre Rachentuberculose.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. 1896. No. 9. Vereins-Beilage No. 6.*

Vorstellung der Fälle im Hamburger Aerzte-Verein.

Der erste Fall betraf einen 34jähr. Arbeiter mit congenitaler Spaltbildung des Gaumens. Der Kranke hatte eine Infiltration des rechten Oberlappens und ausgedehnte Kehlkopfgeschwüre. Die Pharynxschleimhaut war frei.

Der zweite Fall betraf einen jungen Menschen, in dessen Lunge keine Erkrankung nachweisbar war. Er hatte einen ulcerösen Process im Rachen, der durch Auslöffelung und Milchsäure zur relativen Heilung gebracht war mit theilweiser Verwachsung der Rachenwände. Diagnose: Tuberculose mikroskopisch gestüzt.

LANDGRAF.

45) **Sachs. Tuberculöser Tumor der Nase.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 4. Vereins-Beilage No. 3.*

Der etwa kirschgrosse Tumor ging von dem Septum cartilagineum aus. Der Pat. war ein 10jähr. Knabe.

LANDGRAF.

46) **Polyak. Nasale Tuberculome. (Nasal tuberculoma.)** *Med. News. 28. März 1896.*

49jähr. Frau; die rechte Nasenseite vollständig ausgefüllt von einem unregelmässigen Tumor, der leicht blutete und einer Granulationsgeschwulst ähnlich sah. Links vorn am Septum eine etwa Dollargrosse Stelle, theils mit trockenen, schmutzig-weissen Krusten bedeckt, theils granulirend, im ganzen wenig hervorragend, leicht blutend. Der Tumor der rechten Seite wurde mit der heissen Schlinge entfernt; die Blutung war gering. Es ergab sich als Ansatzstelle der Geschwulst das vordere Septum, genau an der Stelle, die den beschriebenen Veränderungen der linken Seite entsprach. Die Untersuchung ergab zweifellose Tuberculose. Dabei waren die Lungen vollständig gesund und die Pat. in sehr gutem Ernährungszustand.

Die Krankheit kommt in zwei Formen vor: als granulöses Geschwür und — die seltenere Form — als Tumor, wie in dem oben beschriebenen Falle. Die Krankheit scheint häufiger bei Frauen vorzukommen. Sie hat grosse Tendenz zu Recidiven, führt aber selten zu genereller Tuberculose. LEFFERTS.

47) **Simonin. Pseudolupus in der Nasenhöhle. (False lupus in the nasal cavity.)** *N. Y. Med. Record. 18. Januar 1896.*

Eine sorgfältige Studie über den sogen. Lupus pseudopolyposus führt Verf. zu folgenden Schlüssen: Der pathologische Zustand, der als Lupus pseudopolyposus beschrieben wird, ist kein echter Lupus, sondern eine seltene Form von Tuberculose. Die Virulenz dieser Abart von Tuberculose ist eine geringere, als die jeder anderen Form. Die geeignete Therapie für dieses Leiden ist einzig die chirurgische; die Geschwülste müssen mit der heissen Schlinge oder der Curette entfernt und der Grund cauterisirt werden. LEFFERTS.

48) **T. A. Hall. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 11. April 1896.*

Verf. berichtet, dass er durch Aufschnupfen des Pulvers von Fungus myces (F.), das unter dem Namen „devil's snuff“ bekannt ist, in allen Fällen von Nasenbluten die Blutung zum Stehen brachte. LEFFERTS.

49) **Danziger** (Beuthen). **Ueber accidentelle Blutungen in den oberen Luftwegen.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 2. 1896.*

In zwei Fällen handelte es sich um Blutungen aus der Nase während der Menses, in dem ersten Falle um eine heftige Nachblutung nach der Abtragung hypertrophischer Muschelpartien, in dem zweiten Falle um der Menstruation vorausgehende Blutungen aus der Nase. SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

50) **H. Deichert** (Göttingen). **Ueber Knorpel- und Knochenbildung an den Tonsillen.** *Virchow's Archiv. 1895. Bd. 141. p. 435.*

In den Tonsillen eines 77jährigen Geisteskranken und denen eines 2jährigen

Kindes findet Verf. Knorpelherde und Knochenbälkchen. Knorpel und Knochen liegen symmetrisch in dem Bindegewebsbalg beider Tonsillen, vorzugsweise in der Tiefe des Organs; besondere pathologische Veränderungen an dem eigentlichen Follikelapparat existiren nicht. Verf. hält diese Anomalie für eine congenitale und leitet die knorpligen und knöchernen Theile vom zweiten Kiemenbogen ab. Beim Neugeborenen gelang ihm der Nachweis von Knorpel oder Knochen in den Tonsillen bisher übrigens nicht. Verf. glaubt, dass unter den als Concrementbildung in den Tonsillen aufgefassten Fällen vielleicht der eine oder der andere hierher gehören könne. F. KLEMPERER.

51) **Edmund Meyer** (Berlin). **Bakteriologische Befunde bei Angina lacunaris.** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinolog. Bd. IV. Heft 1. 1896.*

Untersucht wurden 55 Fälle; die Resultate fasst M. in folgenden Sätzen zusammen:

1. die Mehrzahl der Angina lacunaris-Fälle wird durch den Streptococcus pyogenes hervorgerufen;
2. die Staphylococcen sind, wenn überhaupt, wohl nur in den allerseltensten Fällen für die Aetiologie heranzuziehen, während sie in der Majorität der Fälle als Begleiter auftreten;
3. auch der Diphtheriebacillus kann eine unter dem Bilde der Angina verlaufende Erkrankung verursachen; endlich ist
4. nach gut beobachteten Fällen in der Literatur auch der Pneumococcus manchmal die Ursache der Angina. F. KLEMPERER.

52) **C. Dukes. Bericht über das Vorkommen von gewöhnlichen Halsentzündungen unter 400 Jünglingen während eines Zeitraums von 25 Jahren. (Record of the common sore-throats occurring amongst 400 adolescents during a period of 25 years.)** *Lancet. 15. Februar 1896.*

Der Verf. hat 400 Knaben in der Rugby-Schule täglich seit 25 Jahren gesehen und jeden Fall, der krankheitsverdächtig war, besonders jeden Fall von Halsweh genau untersucht. Er beschreibt die Initialstadien von: 1. entzündlicher Angina; 2. septischer Halsentzündung; 3. Scharlach-Angina; 4. Rachendiphtherie; 5. Angina bei Varicellen. ADOLPH BRONNER.

53) **Groedel** (Nauheim). **Ueber acuten Gelenkrheumatismus im Anschluss an Angina.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 17.*

Gr. hat 21 Fälle gesehen und bespricht den Zusammenhang zwischen beiden Affectionen. Er kommt zu dem Schluss, der Angina die Bedeutung einer Localaffection zuzuschreiben, von der aus die zur Erregung einer Rheumarthritis geeigneten Coccen ihren Weg in den Körper nehmen. Zu einem Gelenkrheumatismus kommt es aber nur bei vorhandener Disposition. LANDGRAF.

54) **J. Meitus. Mandelentzündung und ihre Beziehung zum Rheumatismus. (Tonsillitis and its relation to rheumatism.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 28. März 1896.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. die meisten Fälle von Tonsillitis sind verursacht von Staphylococcen und Streptococcen;
2. der Gelenkrheumatismus ist durch die gleichen Mikroorganismen herbeigeführt; diese dringen in den Körper ein durch die Mandeln;
3. dringen die Erreger in erheblicher Menge in den Körper ein und besteht vorher eine nervöse Gelenkstörung, so kommt es zur Arthritis;
4. sind die Mikroben spärlich an Zahl, so begrenzt sich die Erkrankung auf die Mandeln; daher kann die Tonsillitis als eine milde Attacke von Rheumatismus gelten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

55) **B. Fränkel** (Berlin). **Die infectiöse Natur der Tonsillitis lacunaris.** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinologie. Bd. IV. Heft 1. 1896. N. Y. Medical Record. 29. Februar 1896.*

Abdruck des in der laryngologischen Section der British Med. Association (30. Juli 1895) von F. erstatteten Referates. Die Tonsillitis s. Angina lacunaris ist eine acute Infectionskrankheit. F. schildert ihren typischen klinischen Verlauf und ihre pathologische Anatomie. Die anatomische Veränderung besteht — wie die wohlgelungene Abbildung eines Schnittes durch eine an Angina lacunaris erkrankte Gaumentonsille veranschaulicht — wesentlich in einer enormen Vermehrung der Auswanderung der Leukocyten. — Bei Besprechung der Aetiologie erörtert F. besonders die traumatische Angina nach Operationen in der Nase. Das Trauma spielt dieselbe Rolle, wie sonst die Erkältung; beide „eröffnen dem Infectionsträger die sonst verschlossene Pforte". Die eigentliche Ursache aber bilden die Entzündungserreger. Die Keime können von der Nase aus mit dem Lymphstrom von innen her in die Tonsille gelangen.

F. KLEMPERER.

56) **Francis J. Kelley. In welchem Grade ist die Tonsillitis contagiös? (To what extent is tonsillitis contagious?)** *Philadelphia Polyclinic. 21. März 1896.*

Nichts von Bedeutung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

57) **D. K. Longshore. Mandelentzündung. (Tonsillitis.)** *The Kansas Medical Journal. 4. Januar 1896.*

Nichts Originelles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

58) **Stewart A. Tidey** (London). **Septische Tonsillitis. (Septic tonsillitis.)** *N. Y. Medical Record. 11. Januar 1896.*

T. beschreibt unter dem Namen der septischen Tonsillitis eine Affection, die er nach ihrem Ursprung und Verlauf für specifisch hält. Mehrjährige Erfahrung in einem Schweizer Hôtel hat ihn zu dieser Erkenntniss geführt. Es ist gewiss erfreulich, dass auch Hôtel-Aerzte ihre Erfahrungen für die Förderung der Wissenschaft verwerthen und, um weitere klinische Beobachtungen in Hôtels anzuregen, sei auf Dr. Tidey's specifische Krankheit an dieser Stelle hingewiesen. Freilich hat T. bacteriologische Untersuchungen nicht angestellt; auch die Literatur dürfte ihm fremd sein; denn sonst hätte er wohl zwischen seiner

„Schweizer Halsentzündung“ und den verschiedenen infectiösen Halsaffectionen, wie sie in der ganzen Welt vorkommen, keinen Unterschied gefunden.

LEFFERTS.

59) **Redact. Notiz. Septische Tonsillitis, eine acute specifische Erkrankung. (Septic tonsillitis, an acute specific disease.)** *Medical Mirror. Februar 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

60) **X. Diagnostische Schwierigkeiten bei Halsfällen. (Diagnostic difficulties in throat cases.)** *Lancet. 18. Januar 1896.*

Der Verf., der seinen Namen nicht nennt, weist auf die Fälle von Tonsillitis mit fleckigem Ausschlag hin, bei denen es manchmal unmöglich sei, zu entscheiden, ob Scarlatina vorliegt oder nicht; die Diagnose müsse mit Reserve gestellt werden. ADOLPH BRONNER.

61) **A. P. Tenney. Mandelentzündung. (Tonsillitis.)** *Kansas Medic. Journal. 14. März 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

62) **Fox. Mandelentzündung. (Amygdalitis.)** *N. Y. Medical Record. 11. April 1896.*

Verf. rühmt die locale Application einer starken Cocainlösung als ein Abortivmittel gegen acute Mandelentzündung. LEFFERTS.

63) **J. T. Anderson. Pilocarpin und Jaborandi bei Krankheiten des Respirationstractus. (Pilocarpin and Jaborandi in diseases of the respiratory tract.)** *The Medical World. Januar 1896.*

Die genannten Mittel wirken bei Tonsillitis und Pharyngitis oft abortiv, wenn man sie bis zum ergiebigen Eintritt von Schweiss- und Speichelsecretion giebt. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

64) **Köhler** (Posen). **Zur Aetiologie der Abscesse in den Gaumenmandeln und dem sie umgebenden Bindegewebe.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 7.*

K. fand in einem Falle die Quelle für recidivirende Peritonsillitis in einer chronischen Otorrhoe der betroffenen Seite. LANDGRAF.

65) **E. Emmett Proctor. Der peritonsilläre Abscess; eine Krankenbeobachtung mit Bemerkungen über Diagnose und Therapie. (Peritonsillar abscess, with a case and a few remarks relating to diagnosis and treatment.)** *The Medical Progress. Januar 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

66) **August Logucki** (Warschau). **Ein Beitrag zur Aetiologie des peritonsillären Abscesses.** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinolog. Bd. IV. Heft 2. 1896.*

11 Fälle sind untersucht. Der peritonsilläre Abscess ist meist secundäres Leiden bei Personen, die häufig acute Tonsillitis hatten. Die letztere hinterlässt Adhäsionen zwischen Mandel und Gaumenbögen und dadurch werden Secret-Retention

und als ihre Folge Entzündung und Abscessbildung verursacht. Klinisch sind Abscesse zwischen vorderem Gaumenbogen und Tonsille, bei denen sich deutliche Vorwölbung nach vorn und Oedem der Uvula zeigen und Abscesse zwischen hinterem Gaumenbogen und Tonsille — bei letzteren sind die oben genannten Symptome weniger ausgesprochen, der Krankheitsverlauf aber langsamer und schwerer — zu unterscheiden. Im Eiter finden sich anfangs überwiegend Streptococcen, später Staphylococcen und Streptococcen; bei langdauernden Processen meist Staphylococcen.

F. KLEMPERER.

67) **Norton L. Wilson. Chronische Erkrankungen der Mandeln. (Chronic diseases of the tonsils.)** *N. Y. Med Journal. 18. April 1896.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

68) **Dauchez. Die Tonsillotomie, der Galvanokauter und Thermokauter. (Amygdalotomie, galvanocautère et thermocautère.)** *France méd. 15. Mai 1896.*

D. setzt die Ueberlegenheit des Thermokauters vor dem Tonsillotom und auch vor dem Galvanokauter auseinander. Der letztere führt nicht wie der Thermokauter zur Retraction und zum vollständigen Verschwinden der Mandeln.

A. CARTAZ.

69) **Ino. L. Perry. Die Gefahren der Amygdalotomie. (The dangers of amygdalotomy.)** *N. Y. Med. Journal. 11. Januar 1896.*

P. entsinnt sich zweier Fälle, in denen vor etwa 40 Jahren von ein und demselben Arzte die Mandeln herausgeschnitten wurden: beide Pat. haben dadurch ihre Stimme verloren [? Red.] und sprachen, der eine bis zum Tode, der andere — jetzt 80jährige — bis heute stets mit einer heiseren Flüsterstimme. Ob die Mandeln mit dem Messer oder dem Amygdalotom herausgenommen wurden, weiss P. nicht mehr genau; dagegen glaubt er zu wissen, dass es sich um einfache Mandelhypertrophie handelte; von Tumorbildung, maligner oder benigner, hat er nie etwas gehört.

LEFFERTS.

70) **T. C. Evans. Schanker der Mandel und Zunge; mit 4 Krankengeschichten. (Chancre of the tonsil and tongue, with report of four cases.)** *Med. News. 9. Mai 1896.*

Neues bietet der interessante und gut geschriebene Artikel nicht. Verfasser warnt davor, die Diagnose eines syphilitischen Primäraffects in Mund und an den Tonsillen in ihrer Schwierigkeit zu überschätzen und sie als eine ganz besondere Leistung hinzustellen. Es sei falsch, wie es die Lehrbücher und Lehrer thäten, die Syphilis als eine ausschliesslich und ganz wesentlich venerische Kranheit hinzustellen; man vergesse oder ignorire dabei zu leicht die Thatsache, dass die Krankheit durch das Eindringen eines specifischen Virus in den Organismus verursacht werde; venerisch sei sie nur in dem Sinne, dass der illegitime geschlechtliche Verkehr die günstigsten Bedingungen und die häufigste Gelegenheit für ihre Verbreitung abgebe.

LEFFERTS.

71) **L. D. Bulckley. Syphilis Innocentium (Syphilis Insontium). (Syphilis in the innocent. Syphilis Insontium.)** Baily and Fairchild. N. Y. 1894.

Wenige haben eine richtige Vorstellung davon, welche Bedeutung als Infec-

tionspforte für das syphilitische Virus Hals und Mund haben. Nach B.'s Zusammenstellungen finden sich unter 9058 extragenitalen Schankern nicht weniger als 307 Fälle von Schanker der Tonsille angegeben. In 264 Fällen ist als Localisation des Primäreffects notirt „Tiefe des Mundes oder Nase", ferner 43 mal „Mundhöhle". Dazu kommen 157 Fälle mit Schanker der Zunge und 42 mit Schanker am Zahnfleisch; das macht insgesammt 1504 Fälle von Infection durch die Mundhöhle = 16,5 pCt. Rechnet man noch 1810 Fälle von Schanker der Lippe hinzu, dann steigt die Summe sogar auf 3314 Fälle = 35,5 pCt. LEFFERTS.

72) **Haug** (München). **Lipo-myxo-fibrom der Mandel.** *Archiv f. Laryngolog. u. Rhinolog. Bd. IV. Heft 2. 1896.*

Kleinhaselnussgrosse, blass gelblich-rothe Geschwulst auf der ziemlich kleinen rechten Mandel bei einer über 90 Jahre alten Frau. Der Tumor ist nicht eigentlich gestielt, von mässig derber Consistenz und ganz glatter Oberfläche. Abtragung mit der Scheere; die aus dem breiten bindegewebigen Stumpf erfolgende Blutung ist sehr erheblich. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergiebt die Diagnose auf Lipo-Myxo-Fibrom. F. KLEMPERER.

73) **Charles Mc Burney. Recidivfreier Krebs der Mandel 3 Jahre nach der Operation. (Non-recurrence of cancer of tonsil three years after operation.)** *N. Y. Medical Record. 8. Februar 1896.*

Die Diagnose war vor der Operation durch mikroskopische Untersuchung gesichert worden. Die Mandel war stark geschwollen und ulcerirt, die benachbarte Rachenschleimhaut geröthet und geschwollen; hinter und unter dem Kieferwinkel ein kleinhühnereigrosses hartes Drüsenpacket. Die Operationsmethode lehnte sich an die von Mikulicz vorgeschlagene an; man erreicht so am besten die afficirten Partien selbst und die Drüsen unter dem Sternocleidomastoideus. Der Pat. ist seit der Operation, jetzt 2 Jahre und 4 Monate, wohl. Die Untersuchung der excidirten Mandel sowohl wie der Lymphdrüsen bestätigte die Diagnose auf Carcinom in voller Evidenz.

Mc Burney berichtet dann noch über einen Fall von Sarcom des Nasopharyngealraums bei einem 20jährigen jungen Manne, der 3 mal operirt wurde und jetzt seit 5 Jahren recidivfrei ist.

Verf. ist strenger Anhänger der gründlichen und wiederholten Operation bei maligner Erkrankung. LEFFERTS.

74) **Beaman Douglas. Messer für tonsilläre Adhäsionen. (Knife for tonsillar adhesions.)** *N. Y. Med. Record. 29. Februar 1896.*

Beschreibung des Messers, mit dem man Adhäsionen zwischen Gaumen und Mandel lösen und Crypten der Tonsillen incidiren soll. LEFFERTS.

75) **Stiles** (Edinburgh). **Tonsillotom. (Tonsillotome.)** *Edinburgh Med. Journ. Februar 1896.*

Eine Modification des Matthieu'schen Instrumentes. P. MC BRIDE.

d. Diphtheritis und Croup.

76) **David Hansemann. Ueber die Beziehungen des Löffler'schen Bacillus zur Diphtherie.** *Virchow's Archiv. 139. p. 353. 1895.*

In der vorliegenden ausführlichen Arbeit legt Verf. den Standpunkt, den er in seinem bekannten Vortrage in der Berl. Med. Gesellschaft gegenüber der Diphtheriefrage eingenommen hat, noch einmal unter eingehender Begründung dar.

Der Löffler'sche Bacill steht nicht in ursächlicher Beziehung zur Diphtherie; das sogen. Diphtherieheilserum kann darum unmöglich eine specifische Wirkung gegen Diphtherie ausüben.

Das Studium der im grossen und ganzen sachlich gehaltenen Arbeit sei empfohlen; sie wird auch denen Anregung und Belehrung bringen, die, wie Ref., H.'s Ansichten in wesentlichen Punkten nicht theilen. F. KLEMPERER.

77) **X. Bericht des Comités für die Sammelforschung der American Paediatric Society über die Behandlung der Diphtherie mit Heilserum in der Privatpraxis.**

Der Bericht umfasst 5794 Fälle mit 713 Todesfällen = 12,3 pCt.

LANDGRAF.

78) **X. Die vom Kaiserlichen Gesundheitsamt veranstaltete Sammelforschung über die Wirksamkeit des Diphtherieheilserums in den öffentlichen Krankenanstalten. II. Quartal 1895.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 2.*

Die Sammelforschung umfasst 2130 Fälle, von denen 1812 = 81,5 pCt. genesen, 306 = 14,3 pCt. gestorben sind. Scheidet man die innerhalb der ersten 12 Stunden nach der Aufnahme Gestorbenen aus, so stellt sich die Mortalität nur auf 13,3 pCt.

710 Fälle waren leichte, 293 mittelschwere, 1021 schwer; von letzteren starben 290 = 28,4 pCt., ohne nähere Angabe 106.

„Auch das Ergebniss des 2. Quartals ist ein derart günstiges, dass die weitere Anwendung desselben empfohlen werden kann.“ LANDGRAF.

79) **Adolph. Hundert Fälle von Diphtherie mit Behring's Heilserum behandelt.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 3.*

Bericht über die ersten 100 in Frankfurt a. M. im städtischen Krankenhaus injicirten Fälle. Es starben 20. Dieser Procentsatsatz ist hoch und erklärt sich aus der Einlieferung meist nur schwerer Fälle. Die späteren Resultate sind besser.

Complicationen waren häufig: Lähmungen 22 mal, Albuminurie 6 mal.

Von Erscheinungen, die auf das Serum bezogen werden mussten, fanden sich: Exantheme, Gelenkschmerzen und sogenannte Nachfieber.

Die eingespritzten Dosen betrugen meist 1000 später 600 Immunitätseinheiten. Die Arbeit enthält noch einige interessante klinische Details.

LANDGRAF.

80) **Berggrün** (Wien). **A. Bericht über die an der Diphtherieabtheilung des Prof. Monti in Wien mit Heilserum behandelten Kinder. B. Bericht über die in der Diphtherieabtheilung des Herrn Docenten Dr. Frühwald in derselben Zeitperiode aufgenommenen Fälle.** *Arch. f. Kinderheilk. XIX. 5. 6. 1896.*

Im Zeitraum vom 17. October bis 31. Dezember 1893 wurden auf der Montischen Abtheilung 25 Kranke mit Heilserum behandelt, von denen 1 Fall mit dem Tode abging. In 12 Fällen traten Lähmungen auf. Als directe Folge der Injectionen trat 13 mal Albuminurie auf, die in wenigen Tagen wieder verschwand, ohne Fieber sich einstellte und die Harnmenge unbeeinflusst liess. 6 mal kamen Erytheme, 7 mal Urticaria zur Beobachtung. In demselben Zeitabschnitte kamen auf der Frühwald'schen Abtheilung 12 Fälle zur Behandlung, von diesen jedoch nur 6 im Spital, die übrigen 6 in den Privatwohnungen. Genauerer Bericht ist nur über die ersten 6 erstattet, von denen 2 starben (sept. Diphtherie). Von Nachkrankheiten kam 1 mal leichte Nephritis mit Urticaria, 2 mal Urticaria mit Gaumenlähmung zur Beobachtung.

SEIFERT.

81) **Seitz. Bericht der Serumcommission des ärztlichen Vereins Münchens.** *Münch. med. Wochenschr. No. 7. 1896.*

In den weitaus meisten Fällen bleibt der locale Process stehen; auch die Allgemeinerscheinungen wenden sich zumeist in kurzer Zeit und oft in auffallender Weise zum Besseren. Eine dauernde Schädigung des Organismus resp. der Nieren ist nicht beobachtet, das Serum ist bis jetzt das beste Mittel zur Bekämpfung der Diphtherie.

SCHECH.

82) **Clessin. Ueber Behandlung der Diphtherie mit Behring's Heilserum.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 7. 1896.*

Von 22 Injicirten genasen sämmtliche, bei allen genügte eine Injection, von localer Behandlung wurde abgesehen. Exantheme kamen 5 mal vor, 2 mal Herpes labialis, 2 mal morbillosus und 1 mal Urticaria-ähnliches Exanthem. Die Krankengeschichten sind im Original nachzulesen.

SCHECH.

83) **Revilliod** (Genève). **Angaben über einige mit Serum behandelte Diphtherien. (Notes sur qq. cas de diphthérie traités par la sérotherapie.)** *Revue méd. suisse rom. H. 2. 1896.*

62 Fälle: 21 leichte (ohne Nasen- und Drüsenaffection etc.), 18 ernste, 23 schwere Fälle: 4 Todte, nur bei den schweren Fällen, welche alle durchschnittlich erst am 4. Tage, also ziemlich spät, Serum bekommen.

Von den schweren sind 17 spät in das Spital gekommen und 12 tracheotomirt worden; 21 davon hatten auch Croup; einer hatte schon Bronchopneumonie und starb am folgenden Tage. Notorisch ist es, dass die leichten Fälle alle früher injicirt worden waren als die schweren und wohl aber gerade deshalb die leichteren geblieben sind. Die hier erhaltenen 6,4 pCt. Todte contrastiren immerhin sonderbar mit den vor der Serumzeit zwischen 1890 und 1894 in dem gleichen Spital erlebten 36,5 pCt. der Todesfälle.

JONQUIÈRE.

84) **G. Kobler** (Serajevo). **Erfahrungen über die Behandlung der Diphtherie mit dem Behring'schen Serum.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 4 u. 5.*

Kobler beobachtete 50 schwerere, bakteriologisch verificirte Diphtheriefälle, bei denen er die Serumtherapie einschlug. Von den 6 Todesfällen, die unter der Serumbehandlung auftraten, war als Causa mortis constatirt: bei zweien acute parenchymatöse Nephritis, bei zweien Degeneratio adiposa musculi cordis, bei den letzten beiden Bronchopneumonie. Autor räth nach seinen Erfahrungen in allen Fällen von diphtheritischer und croupöser Larynx- und Trachealstenose das Behring'sche Serum als direct gegen die Stenose anzuwenden.

Er sah unter Serumtherapie meist ein rasches Zurückgehen sehr intensiver stenotischer Erscheinungen, einen rascheren Verlauf des ganzen Processes d. h. ein schnelleres Abstossen der Membranen und Beläge und behauptet, dass andere unangenehme Nebenerscheinungen, wie z. B. Nephritis, eben nicht häufiger auftreten als ohne Anwendung des Serums. CHIARI.

85) **Z. Dukalski. Beitrag zur Serumtherapie der Diphtherie. (Siedem przypadków btonicy, leczonych surowica)** *Nowiny lekarskie. No. 6. 1896.*

7 Fälle; kein Exitus. A. v. SOKOLOWSKI.

86) **Alkiewicz. Beitrag zur Serumtherapie der Diphtherie. (Przyczynek do leczenia btonicy surowica Behring'a.)** *Nowiny lekarskie. No. 6. 1896.*

Verf. behandelte 20 Fälle mit günstigem Ausgange.

A. v. SOKOLOWSKI.

87) **Kapelski. Beitrag zur Serumtherapie der Diphtherie. (Przyczynek do leczenia dtawea btoniczego surowica Behring'a.)** *Nowiny lekarskie. No. 6. 1896.*

Es wurden 9 Fälle von Diphtherie mit günstigem Ausgange behandelt.

A. v. SOKOLOWSKI

88) **B. Kapuscinski. Ueber die Serumbehandlung der Diphtherie. (Leczenie dyfteryi surowica Behring'a.)** *Nowiny lekarskie. No. 6. 1896.*

Verf. hat sehr günstige Resultate besonders bei Kehlkopfdiphtherie beobachtet; er bespricht die allgemeinen Grundsätze dieser Therapie.

A. v. SOKOLOWSKI.

89) **T. Drobnik. Serumtherapie und Tracheotomie bei diphtheritischem Croup. (Leczenie dtawea za pomoca tracheotomji wobec surowicy Behring'a.)** *Nowiny lekarskie. No. 6. 1896.*

Verf. hat im Laufe von $5^1/_2$ Jahren 176 Tracheotomien bei Croup ausgeführt; davon starben 65 und genasen 111 (37 pCt. der Sterblichkeit). Die Serumbehandlung ist nach Verf. überflüssig und übt keinen wesentlichen Einfluss auf die Sterblichkeitsziffer. A. v. SOKOLOWSKI.

90) **L. de Moor** (Gent). **Nachwirkungen vom antidiphtherischen Serum. (Nawerkinjen van antidiphtherisch Serum.)** *Med. Weekbl. II. No. 43. 25. Januar 1896.*

Eine kritische Besprechung der verschiedenen angeblichen Nachwirkungen

des Serums – Hautabscesse, Exantheme, Temperatursteigung, Gelenkaffectionen, Nierenerkrankung, digestive, secretorische und nervöse Störungen, Hämorrhagien — führt zu dem Resultate, dass auf Rechnung des Serums vieles geschrieben worden ist, was die Folge von der ursprünglichen Infection war. Angesichts der glänzenden Resultate der Serumtherapie dürften die Nebenwirkungen von der Anwendung des Mittels nicht abhalten. H. BURGER.

91) **D. Snoeck Henkemans** (Haag). **Intubation und Serumtherapie bei Larynx-Diphtherie.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk.*

Kritische Bemerkungen betreffs der Intubationstechnik. Gut motivirte Empfehlung der Collin'schen und Bayeux'schen Modificationen des O'Dwyer'schen Instrumentariums (cf. Bulletins de la Société méd. des Hôpitaux de Paris, April 1895). Verf. vertheidigt die Meinung, dass durch die Serumtherapie das Feld der Intubation erheblich erweitert worden ist. H. BURGER.

92) **Atchley, Barnett Bentley, Claremont, Haydon Isaac. Serumbehandlung bei Diphtheritis. (Diphtheria and the antitoxin treatment.)** *British Medical Journal. 18. Januar 1896.*

Mittheilung von Krankengeschichten. ADOLPH BRONNER.

93) **S. Martin** und **H. Smith. Die im University College Hospital mit Serum behandelten Fälle von Diphtherie. (Cases of diphtheria treated with antitoxin in University College Hospital.)** *Brit. Med. Journal. 25. Januar 1896.*

Behandelt wurden 75 Fälle. Lähmungen wurden 57mal beobachtet. Bei den pharyngealen Affectionen war die Todesziffer nicht geringer als früher, bei den laryngealen Fällen aber war sie viel niedriger. Besonders bei den Fällen, die frühzeitig zur Behandlung kamen, waren die Resultate sehr viel bessere.

ADOLPH BRONNER.

94) **M. Ruffer** und **Lennox Browne. Fälle von Diphtheritis mit Serum behandelt aus dem University College Hospital. (Cases of diphtheria treated with antitoxin in University College Hospital.)** *British Medical Journal. 1. Februar 1896.*

Ruffer erkennt den Heilungsprocentsatz, der in der Statistik der Martin'schen Arbeit (Brit. med. Journ. 25. Januar 1896) herausgerechnet ist, nicht als richtig an.

Browne vergleicht die Resultate mit den in Metropolitan Asylums Board Hospitals erzielten und findet keine Besserung unter der Serumbehandlung.

ADOLPH BRONNER.

95) **N. Raw, A. Winkfield, G. Martyn. Zur Serumbehandlung der Diphtheritis. (Diphtheria and the antitoxin treatment.)** *British Medical Journal. 15. Februar 1896.*

Bericht über mehr als 30 Fälle. ADOLPH BRONNER.

96) **E. Trevelyan. Einige Punkte aus der Pathologie der Diphtheritis. (Some points in the pathology of diphtheria.)** *Lancet. 25. Januar 1896.*

Ein 7jähriges Kind mit Rachendiphtherie bekam eine Injection von 5 ccm

Serum. Besserung. Tod nach 10 Tagen infolge von Herzlähmung. Die Nieren anscheinend gesund; bei der mikroskopischen Untersuchung aber ausgesprochene Veränderungen an den Glomerulis und den Canälchen. Deutliche Veränderungen am Myocard; acute degenerative Myocarditis. Dass das Serum die Herz- und Nierenveränderungen verursacht hat, ist nicht erweislich.

ADOLPH BRONNER.

97) **R. B. Harvey** (Wentworth N. S. W.). **Serumbehandlung der Diphtheritis. (Antitoxin treatment of diphtheria.)** *Australian Med. Gazette. 20. Januar 1896.*

Bericht über 1 geheilten Fall. A. J. BRADY.

98) **A. Jefferis Turner** (Brisbane, Queensland). **Klinische Beobachtungen über Diphtherieserum. (Clinical observations on diphtheria antitoxin.)** *Intercolonial Quaterly Journal of Medicine and Surgery. Februar 1896.*

Die Beobachtungen wurden im Kinderkrankenhause zu Brisbane gemacht. Die durchschnittliche Mortalitätsziffer aus den letzten 5 Jahren vor der Einführung des Serums betrug 41,9 pCt.; die Mortalität im letzten Jahre unter der Serumtherapie stellte sich auf 21,3 pCt. Von den Fällen, die eine Operation erforderten, starben ohne Serum 63 pCt., mit Serum 40,9 pCt. Von Nebenwirkungen wurden beobachtet ein urticariaähnlicher Ausschlag und bei ein paar Fällen Oedem der Lippen, des Gesichts und Halses. A. J. BRADY.

99) **Redactionelle Notiz. Heilserum. (Antitoxin.)** *Fort Wayne Medical Magazine. Januar 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

100) **J. A. Larrabee. Das Heilserum. Unvernünftige Erwartungen seitens der Laienwelt. (Antitoxin. Unreasonable expectations on the part of the laity.)** *Louisville Med. Monthly. Januar 1896.*

Die Ueberschrift zeigt, in welchem Sinne die Arbeit geschrieben ist.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

101) **T. W. Willis. Behandlung eines Falles von Diphtherie mit Heilserum. (Treatment of a case of diphtheria with antitoxin.)** *Louisville Med. Monthly. Januar 1896.*

Eine Krankengeschichte; nichts Besonderes.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

102) **George Chaffee. Diphtherieserum und Intubation. (Antitoxin plus intubation.)** *International Journal of Surgery. Januar 1896.*

Verf. ist ein enthusiastischer Anhänger des Serums. Seitdem er dasselbe anwendet, hat er nicht einen einzigen Todesfall mehr zu beklagen gehabt. Er sagt indess nicht, wieviel Diphtheriefälle er überhaupt mit Serum behandelt hat. Betreffs der Intubation sagt Verf. nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

103) **F. J. B. Cordeiro. Behring's Heilserum. (Behring's diphtheria serum.)** *The sanitarian. Januar 1896.*

Ein Referat über die Literatur der Serumfrage und über die Beobachtungen anderer Autoren. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

104) **J. Frank Small. Die Serumbehandlung der Diphtheritis in der Privatpraxis. (Antitoxin treatment of diphtheria in private practice.)** *The Medical World. Januar 1896.*

Bericht über 12 Fälle, von denen 11 heilten. Verf. sieht in dem Serum ein Specificum. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

105) **A. Anderson. Das Heilserum bei Behandlung der Diphtherie. (Antitoxin in treatment of diphtheria.)** *Med. and Surg. Reporter. 25. Januar 1896.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

106) **Herbert M. King** u. **Joseph B. Whinery. Die Statistik über die Serumbehandlung der Diphtherie im Jahre 1895 in grossen Zügen. (Statistics regarding the serum treatment of diphtheria in grand rapids for 1895.)** *The Physician and Surgeon. Februar 1896.*

Verf. weist die Abnahme der Mortalität bei den mit Serum behandelten Fällen nach und kommt zu dem Schlusse, dass dies Mittel dem Pat. grössere Heilungschancen bietet, als irgend eine andere bekannte Behandlungsmethode.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

107) **Redactionelle Notiz. Der therapeutische Werth des Diphtherieserums. (The therapeutic value of diphtheria antitoxin.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 11. Januar 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

108) **Earl S. Bullock. Bericht über die Anwendung von Diphtherieheilserum während eines halben Monats. (Report of a half-months use of diphtheria antitoxin.)** *New York Polyclinic. 15. Januar 1896.*

9 Fälle, die mit dem Serum, unter Ausschluss jeder anderen Therapie behandelt wurden, kamen zur Heilung. Von 6 Patienten, denen das Serum zu Immunisirungszwecken gegeben wurde, erkrankten 2 an Diphtherie.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

109) **Bettman. Diphtherieserum. (Antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 1. Februar 1896.*

1. Das Serum beeinflusst eine grosse Anzahl von Diphtheriefällen zweifellos in günstiger Weise. 2. Es ist Pflicht des Arztes, das Serum in jedem schweren Diphtheriefalle beim Kinde frühzeitig zur Anwendung zu bringen. 3. Die Mortalitätsziffer der Diphtherie wird durch die prompte Serumanwendung weit heruntergedrückt werden. LEFFERTS.

110) **Ino. W. Braunan. Beobachtungen über Diphtherieserum. (Observations of antitoxine in diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Februar 1896.*

Eine ausführliche und werthvolle Arbeit. Von 593 Patienten, die zur Beob-

achtung kamen, wurden 438 geheilt; 155 starben = 26,14 pCt. Mortalität. Verf. glaubt, dass das Serum, am 1. oder 2. Tage der Krankheit gegeben, specifisch als Heilmittel wirkt; vom 3. Tage ab sinkt sein Wirkungswerth rapide.

LEFFERTS.

111) **Monod. Der Einfluss des Serums auf die Diphtheriesterblichkeit in Frankreich. (The influence of the antitoxin upon the mortality from diphtheria in France.)** *Philad. Med. News. 18. Januar 1896.*

Die Statistik beweist den günstigen Einfluss des Serums seit seinem Gebrauch vom November 1894 an in Frankreich. Folgendes sind die Zahlen der Todesfälle an Diphtherie in den ersten 6 Monaten der letzten 8 Jahre in 108 französischen Städten mit einer Bevölkerung von über 20000 Seelen:

	1888—1894 (Mittelzahl):	1895 (Mittelzahl):
Januar	469	205
Februar	466	187
März	499	155
April	442	160
Mai	417	113
Juni	333	84

LEFFERTS.

112) **Redact. Notiz. Diphtherieheilserum. (Diphtheria antitoxin.)** *Charlotte Med. Journal. Februar 1896.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

113) **Redact. Notiz. Das Diphtherieserum des Pittsburg Board of Health. (The diphtheria antitoxin of the Pittsburg Board of Health.)** *The Pittsburg Med. Review. Februar 1896.*

Ohne allgemeineres Interesesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

114) **Redact. Bemerkung. Noch einmal das Diphtherieserum. (Diphtheria antitoxin again.)** *The Medical Progress. Februar 1896.*

Nichts von Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

115) **Hugh P. Mack. Bericht über einige mit Serum behandelte Fälle von Diphtheritis. (A report of a few cases of diphtheria with the use of antitoxin.)** *Saint Louis Clinic. Februar 1896.*

9 günstig verlaufene Fälle.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

116) **F. W. Ferguson. Meine Erfahrung mit dem Heilserum. (My experience with diphtheria antitoxin.)** *The Medical Bulletin. Februar 1896.*

Einige Krankengeschichten ohne besonderes Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

117) **Redact. Notiz. Diphtherieserum als Nährboden für den Diphtheriebacillus. (Diphtheria antitoxin as a culture medium for the diphtheria bacillus.)** *The Medical Times and Register. 1. Februar 1896.*

Nichts Originelles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

118) **Redact. Notiz. Ueber das Heilserum. (What of antitoxin.)** *The Toledo Medical and Surgical Reporter. Februar 1896.*

Nichts von Interesse. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

119) **S. Mouser. Ein Fall von Diphtherie mit Serum behandelt. (A case of diphtheria treated with antitoxin.)** *Occidental Medical Times. Februar 1896.*

3jähriger Knabe; starb am 8. Krankheitstage. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

120) **Burt Russell Shurly. Diphtherieheilserum und Loeffler'sche Lösung mit einem Bericht über 26 Fälle. (Antidiphtheritic serum and Loeffler's solution with a report of 26 cases.)** *The therapeutic Gazette. 15. Februar 1896.*

Zwei Todesfälle; beide aber kamen erst nach dem zweiten Krankheitstage zur Behandlung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

e. Kehlkopf und Luftröhre.

121) **A. Kuttner** (Berlin). **Das Larynxoedem und die submucöse Laryngitis.** *Virchow's Archiv. Bd. 139. p. 117. 1895.*

Verf. studirt an einem sorgfältig bearbeiteten Krankenmaterial von 9 Fällen und mit Hülfe interessanter Thierexperimente die Frage, ob das Larynxoedem, das Erysipel, die acute infectiöse Phlegmone und die submucöse Laryngitis verschiedene Krankheiten sind, oder ob es sich bei ihnen allen um ein und denselben Process handelt.

Bezüglich des Erysipels und der infectiösen Phlegmone des Larynx kommt er zu dem Schluss, dass beide nach ihrer Aetiologie zur Zeit nicht unterscheidbar sind; auch das klinische Bild beider ist manchmal zum Verwechseln änlich. Die Localuntersuchung aber und der Verlauf bieten gewisse Differenzen. Vor allem giebt die pathologische Anatomie, welche für die eine Erkrankungsform ein seröses Exsudat, für die andere ein kleinzelliges oder eitriges Infiltrat als maassgebendes Substrat nachweist, eine ausreichende Handhabe, um beide Processe zu unterscheiden. Die unzähligen Uebergänge zwischen den beiden Erkrankungen aber und ihre gemeinschaftliche Aetiologie legen den Gedanken nahe, dieselben als Abstufungen ein- und desselben Processes zu betrachten.

Verf. erörtert dann in gleicher Weise die nicht-infectiösen Affectionen, soweit sie als Larynxoedem, submucöse und phlegmonöse Entzündung bezeichnet zu werden pflegen. Am Schluss seiner sehr lesenswerthen Ausführungen macht er den Vorschlag, die Bezeichnung Larynxoedem nur für diejenigen Erkrankungen in Anspruch zu nehmen, bei denen das Oedem des Kehlkopfs einen Folgezustand anderweitiger, sei es localer, sei es allgemeiner Krankheitsprocesse darstellt, bei denen jeder active Reizzustand des Kehlkopfs aber fehlt; in Betracht kommen in ätiologischer Beziehung: Gefäss-, Herz- und Nierenleiden, venöse Stauungen, allgemeine Anämie und Hydrämie, angioneurotische Processe (?).

Der Name Laryngitis submucosa acuta bleibt dann denjenigen Er-

krankungen, bei denen die Submucosa den vorwiegenden Sitz der auf entzündlichen Vorgängen beruhenden Gewebsveränderungen bildet. Diese sind

1. infectiöser Natur; der Larynx erkrankt primär oder aber secundär im Verlaufe eines Erysipels, Typhus etc. Nach dem verschiedenen pathologisch-anatomischen Befund wäre noch zu unterscheiden:

a) Stadium oedematosum (das eigentliche Kehlkopferysipel,
b) Stadium plasticum } acut infectiöse Erkrankungen.
c) Stadium suppurativum }

2. nicht infectiöser Natur. Auch hier sind die 3 Stadien zu unterscheiden; als ätiologische Momente kommen in Betracht: Verbrennungen, Fremdkörper, Fracturen und Zerreissungen, Erkältung, gewisse Arzneimittel (?), Entzündungsvorgänge in der Nachbarschaft des Kehlkopfs und constitutionelle Erkrankungen (Lues und Tuberculose).

F. KLEMPERER.

122) **John Graham. Ein Fall von Glottisoedem nach Scharlachfieber. (Report of a case of oedema of the glottis following scarlet fever.)** *Medical News. 8. Februar 1896.*

„Meine Wahrscheinlichkeitsdiagnose ging auf Glottisoedem und der Verlauf des Falles erwies ihre Richtigkeit.“ (Laryngoskopisch wurde der Fall übrigens nicht untersucht.)

LEFFERTS.

123) **Kanthack** und **Drysdale. Die Natur der laryngealen Complicationen des Typhus. (The nature of the laryngeal complications of typhoid fever.)** *N. Y. Med. Journal. 18. April 1896.*

Die Ansichten über die Häufigkeit intralaryngealer Ulcerationen beim Typhus gehen weit auseinander. Die Verff. geben eine kurze Uebersicht über die vorhandene Litteratur und berichten dann über die Ergebnisse der von 1890 bis October 95 am St. Bartholomew's Hosgital gemachten Sectionen. Unter 61 Fällen zeigten 14 einen Substanzverlust im Larynx. Bei 8 Protocollen fehlt eine Angabe über den Zustand des Larynx, so dass, wenn man annimmt, dass der Larynx bei den übrigen 53 Fällen untersucht ist — was noch zweifelhaft ist — Ulcerationen bei 26 pCt. der letalen Fälle vorkam. Die Defecte sassen gewöhnlich an der Spitze und den Rändern der Epiglottis und in der Nachbarschaft des Processus vocalis. Bei diesen 14 Fällen war die Epiglottis allein 4mal, der eigentliche Kehlkopf 7mal und 1mal Epiglottis- und Larynx-Inneres ulcerirt. In 2 Fällen war neben der Epiglottis noch der weiche Gaumen und der Rachen afficirt.

Die nächste Frage ist die nach der pathologischen Natur der Geschwüre: sind dieselben specifisch typhös? Die klinischen Symptome sprechen nicht für den typhogenen specifischen Ursprung. Zwischen den eigentlich typhösen Symptomen und den Veränderuugen im Larynx scheint keine Beziehung zu bestehen. Zweifellos sind die Geschwüre durch Mikroorganismen verursacht; allein diese sind offenbar Eitercoccen und nur selten und ausnahmsweise Typhusbacillen.

LEFFERTS.

124) **Marfan** und **Hallé. Varicellen im Kehlkopf. Die varicellöse suffocative Laryngitis. (La varicelle du larynx. La laryngite suffocante varicelleuse.)** *Rev. d. maladies de l'enfance. XIV. Januar 1896.*

Varicellen-Eruption im Kohlkopf ist sehr selten. Die Verff. haben zwei derartige Fälle beobachtet. Im ersten Falle, bei einem 3jährigen Kinde, liessen die Sticknoth-Erscheinungen an Diphtherie glauben. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus wurde trotz fehlender Membran eine Seruminjection gemacht. Die bacteriologische Untersuchung des Rachenschleims ergab keine Diphtheriebacillen. Am folgenden Tage waren der Stridor und die Athemnoth so stark, dass die Tracheotomie gemacht werden musste. Es wurde dann ein typisches Exanthem von Varicellen constatirt. Nach einigen Tagen Heilung.

Der zweite Fall ist ähnlich; auch hier wurde an Diphtherie gedacht, doch brauchte nicht tracheotomirt zu werden. Das Kind starb an Bronchopneumonie; es fand sich im Larynx eine Ulceration der Stimmbänder. A. CARTAZ.

125) **P. F. Gildea. Infiltration des Kehlkopfs. (Infiltration of the larynx.)** *The Medical Age. 25. März 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

126) **Alfred Stieda** (Rostock). **Larynxstenose bei einem Kinde, bedingt durch pseudoleukämische Schleimhautinfiltration.** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinologie. Bd. IV. H. 1. 1896.*

Beinahe 2 Jahre altes Kind mit suffocativen Anfällen, starb trotz voraufgegangener Tracheotomie; die laryngoskopische Untersuchung war intra vitam nicht möglich. Die Section ergab: allgemeine Schwellung des lymphatischen Apparates mit besonderer Localisation in den Taschenbändern des Kehlkopfes und der Epiglottis mit folgender Stenose. Die Schwellung der Kehlkopfschleimhaut war blass und feinhöckerig, bedingt durch starke Leucocytenanhäutung in dem subepithelialen Bindegewebe. Da einfach entzündliche Infiltration ausgeschlossen ist, gegen Leukämie der sonstige anatomische Befund spricht, bezeichnet Verf. die Infiltration als pseudoleukämische. Er führt die wenigen ähnlichen Beobachtungen, die in der Litteratur vorliegen, an; bei ihnen aber war die lymphoide Hyperplasie mehr circumscript, die pseudoleukämische Infiltration in St.'s Fällen ist diffus.

F. KLEMPERER.

127) **W. J. Bell. Kehlkopfstenose. (Laryngeal stenosis.)** *Atlanta Med. and Surg. Journal. Februar 1896.*

Verf. empfiehlt die Intubation an Stelle der Tracheotomie.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

128) **Jan Sendziak** (Warschau). **Entzündung der crico-arytaenoidalen Gelenke rheumatischen Ursprungs.** *Archiv für Laryngologie und Rhinologie. Bd. IV. Heft 2. 1896. Gazeta lekarska. No. 2. 1896.*

18jährige Patientin, vor 3 Wochen entbunden, klagt über Heiserkeit und Kehlkopfschmerzen, sowie über Schmerzen in den Gelenken. Im Larynx die

hintere Wand, besonders in der Gegend der Aryknorpel, stark geröthet und geschwollen; die Bewegungen der crico-arytaenoidealen Gelenke sehr beeinträchtigt. Die Athmung geschieht unter Beschwerden bei sehr verengter Rima glottidis. Betastung des Kehlkopfes besonders in der Gegend der erwähnten Gelenke schmerzhaft.

Ziemlich chronischer Verlauf, anfangs unter Fieber; an den Gelenken der Extremitäten entwickeln sich deutliche Erscheinungen entzündlicher Affection. Behandlung mit Antipyrin, salicylsaurem Natrium, später Bäder. Ausgang in Heilung.

Verf. erörtert den Ursprung der Kehlkopfaffection; er zieht tuberculöse, puerperale und gonorrhoische Affection der Gelenke in Betracht und kommt zu dem Schlusse, dass es sich wahrscheinlich um eine einfach rheumatische Entzündung der Cricoarytaenoidgelenke handelte, an die sich dann ein allgemeiner Gelenkrheumatismus anschloss.

F. KLEMPERER.

129) **Mackenzie. Syphilitische Laryngitis. (Syphilitic laryngitis.)**

Rp. Hydrarg. cyanat. 0,12
Sacch. laet. 0,9
Mucilag. acaciae q. s.
ut f. massa, e. q. form pil. No. XX.
Signa: 2mal tgl. 1 Pille.

LEFFERTS.

130) **A. M. Davis. Kehlkopfsyphilis. Bericht über einen letalen Fall; mit Sectionsbericht. (Laryngeal syphilis, with report of a fatal case; autopsy-notes.)** *Philad. Med. News. 18. Januar 1896.*

Der Pat. wurde cyanotisch und bewusstlos gefunden und starb nach wenigen Minuten, ehe die Tracheotomie gemacht werden konnte. Die Autopsie ergab Necrose der linken Schildknorpelhälfte; die necrotische Partie reichte noch nach rechts über die Mittellinie hinüber und war von einem Geschwür umgeben, das den ganzen Raum unter dem linken Stimmbande ausfüllte. Die Gewebe unter beiden Stimmbändern waren erheblich geschwollen, die Schleimhaut der Stimmbänder selbst entzündlich infiltrirt.

LEFFERTS.

131) **Hansemann. Ueber eine häufige syphilitische Veränderung an der Epiglottis.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 2. Berliner klin. Wochenschrift. No. 10. 1896.*

Von der Basis des Zungengrundes entwickelt sich nach der Epiglottis hin eine entzündliche Affection, die eine Retraction der Epiglottis, so dass dieselbe anteflectirt und sogar duplicirt wird, bewirkt. Unter 55 Sectionsfällen von Lues fand H. diese Erscheinung 25mal.

LANDGRAF.

132) **Schwyzer** (New York). **Sectionsbericht zu Seifert's Fall von syphilitischer Bronchostenose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 15. 1896.*

Bei dem von Seifert (vergl. Centralbl. XII. No. 5. 1896. S. 229) behandelten Knaben, der in Newyork starb, fand sich bei der Section 3 cm über der

Bifurcation eine halbkugelige Geschwulst, welche das Lumen der Trachea sichelförmig verengte; auf der Geschwulst ein kreisförmiges, kraterförmiges Geschwür, aus dem sich Eiter entleert. Die Geschwulst stellt ein peritracheales Gumma des Mediastinum vor mit Durchbruch in die Trachea und submucösem Abscess. Ferner fand sich ein altes Gumma an der Bifurcation, schwielige Narben im Mediastinalraum und noch ein Aneurysma des Arcus aortae. SCHECH.

133) **Redact. Bemerkung. Kehlkopftuberculose oder Lupus? (Laryngeal tuberculosis or lupus?)** *American Medico-Surgical Bulletin. 22. Februar 1896.*

Nichts Originelles. FROTHINGHAM (LEFEERTS.)

134) **Boluminski** (Lessen). **Beiträge zur Tuberculose der oberen Luftwege.** Dissert. Erlangen. 1895.

1. Fall: Tuberculose der Nase, des harten und weichen Gaumens, Nasenrachenraumes, Kehlkopfes, Zahnfleisches.

2. Fall: Tuberculose der Nase, des weichen Gaumens, des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes. Diagnose anfangs zweifelhaft, ob Lues oder Tuberculosis.

3. Fall: Tuberculose der Nase.

4. Fall: Tuberculose des harten und weichen Gaumens.

Die Beobachtungen stammen aus dem Ambulatorium von Gerber.

SEIFERT.

135) **D. Newman** (Glasgow). **Zwei Fälle von tuberculöser Laryngitis vollständig geheilt. Ferner zwei Fälle von maligner Erkrankung der Mandel vor mehr als 4 Jahren operirt und seither gesund. (Two cases of tubercular laryngitis in which complete recovery took place; also two cases of malignant disease of the tonsil treated by operation and well more than four years there after.)** *Glasgow Med. Journal. April 1896.*

Der erste Fall betrifft einen 29jährigen Mann mit ausgesprochener Kehlkopfphthise; afficirt waren die Epiglottis und der linke Aryknorpel (Details sind nicht angegeben); „an einer Stelle“ waren Miliartuberkel zu sehen. Hämoptysis, Dysphagie, Husten, Abmagerung, physikalische Erscheinungen an der linken Lunge einige Monate, nachdem zuerst die Kehlkopferkrankung constatirt war, schliesslich auch der Nachweis von Tuberkelbacillen im Sputum sicherten die Diagnose.

Der zweite Fall betrifft ein 19jähriges Mädchen. Es bestand tuberculöse Infiltration der Regio interarytaenoidea, starke Dysphagie, Husten, Auswurf, Abmagerung und gelegentlich Dyspnoe. Die Epiglottis war erheblich indurirt, die Schleimhaut über den Aryknorpeln geschwollen. Wiederholter Nachweis von Tuberkelbacillen. Die physikalischen Erscheinungen über den Lungen sehr gering, später fehlend.

Die Behandlung war folgende: Sehr kräftige, doch reizlose Ernährung, feuchte Athmungsluft, imprägnirt mit Menthol, Terpenthin und Eucalyptus, Einsprayen des Kehlkopfes mit einer concentrirten Lösung von Jodoform (wie stark? Ref.) in gleichen Theilen Alkohol und Aether nach vorheriger Cocainisirung.

Die beiden malignen Fälle betrafen:

1. einen 55jährigen Mann mit Epitheliom der linken Mandel an ihrem oberen Theile; auch der hintere Gaumenbogen und das Zäpfchen waren afficirt. Die erkrankten Partieen wurden vom Mund aus excidirt. Bisher — nach $5^1/_2$ Jahren — kein Recidiv.

2. Eine Frau von 51 Jahren mit einer carcinomatösen Ulceration an der linken Mandel, dem vorderen Gaumenbogen und dem Gaumen. Nach vorheriger Tracheotomie wurde unter Narkose das Geschwür mit dem Galvanocauter gründlich excidirt. Die Frau ist jetzt 4 Jahre recidivfrei. P. MC. BRIDE.

136) **Konrad Clar** (Wien-Gleichenberg). **Spontanheilung von Larynxgeschwüren bei Tuberculose.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 4. 1896.*

Autor beschreibt einen Fall von Lungen- und Larynxphthise bei einem 31jährigen Manne. Letztere hatte sich an der hinteren Wand in Form von Geschwüren und Schleimhautfissuren, wie solche namentlich Störk beschrieb, etablirt. Die Therapie, die nun der Autor in mehreren solchen Fällen einschlug und von der er die besten Erfolge sah, bestand in Milchcur, Inhalationen eines dichten Nebels der zerstäubten alkalisch-muriatischen Quelle Gleichenbergs und leichter Hydrotherapie in Form von Kreuzbinden zur Unterstützung der Lösungserscheinungen. Unter dieser Therapie sah er die Larynxgeschwüre verhältnissmässig rasch vernarben. CHIARI.

137) **Gleitsman. Kehlkopfphthise. (Laryngeal phthisis.)** *N. Y. Med. Record. 21. März 1896.*

Die chirurgische Behandlung lindert die Schmerzen, erleichtert das Schlucken und bessert Stimme, Husten und Athmung. Die Indicationen für das Curettement sind: 1. Fälle von primären tuberculösen Affectionen ohne Lungencomplication; 2. Fälle mit complicirender Lungenerkrankung, wenn letztere im incipienten Stadium ist oder wenigstens Cavernen und hektisches Fieber noch nicht bestehen. 3. Am meisten ist die Curette am Platze bei circumscripten Ulcerationen und Infiltrationen besonders des Larynx; 4. bei der festen, harten Schwellung der Regio arytaenoidea, der Taschenbänder, der hinteren Wand, ferner bei tuberculösen Tumoren und bei den Affectionen der Epiglottis. 5. Bei vorgeschrittener Lungenerkrankung mit starker Dysphagie infolge von Infiltration der Aryknorpel ist das Curettement berechtigt und es giebt am schnellsten eine gewisse Erleichterung.

Contraindicationen sind: 1. Vorgeschrittene Lungenerkrankung und hektische Erscheinungen; 2. disseminirte tuberculöse Erkrankung des Larynx, derart dass nur noch wenig oder gar keine gesunden Gewebstheile zu sehen sind. 3. Ausgedehnte Infiltration mit starker Stenose, welche die Tracheotomie indicirt.

LEFFERTS.

138) **Rosenberger. Behandlung der Tuberculose mit den bei der Cellulosefabrikation sich ergebenden Gasen und Dämpfen in den Cellulosefabriken.** *Münch. med. Wochenschr. No. 7. 1896.*

Bericht über die angeblichen Erfolge des Lignosulfats. Rosenberger steht der specifischen Wirkung des Mittels skeptisch gegenüber und erklärt wie

Schubert seine Wirkung aus der expectorirenden und desinficirenden Eigenschaft. Die Errichtung von öffentlichen Sanatorien für ein vorerst noch so zweifelhaftes Mittel dürfte solange unterbleiben, bis dessen sichere Wirkung durch weitere Beobachtungen unumstösslich feststeht. SCHECH.

139) **W. F. Chapell. Beobachtungen über die Kreosottherapie bei Tuberculose der oberen Luftwege. (Observations on the creosot treatment of tuberculosis of the upper air-passages.)** *N. Y. Med. Journal. 9. Mai 1896.*

1. Hat Kreosot einen günstigen Einfluss auf tuberculöse Laryngitis und Pharyngitis?
2. Bei welcher Art von Fällen ist seine Wirkung am ausgesprochensten?
3. Sind die Erfolge des Kreosots bleibende oder nur vorübergehende?

Die erste Frage anlangend, kann kein Zweifel sein, dass die Wirkung des Kreosots, innerlich und local angewendet, zu gewissen Zeiten bei vielen Fällen von Tuberculose der oberen Luftwege eine günstige ist. Bei einem acuten Falle war der Effect ein bemerkenswerther; im Ganzen aber sind als eigentliche Domäne der Kreosot-Therapie die chronischen Fälle anzusehen. Geringfügige Ulcerationen werden entschieden durch Kreosot beeinflusst. Wenn die Ulceration ausgedehnt und progredient ist, erzielt das Kreosot gelegentlich noch Vernarbung; in andern Fällen grenzt sich das Geschwür ab und die Schmerzen und sonstigen Störungen werden gelinder. Bei vorgeschrittenen Fällen wirkt es zur Schmerzstillung nichts so gut wie das Cocain.

Die Wirkung des Kreosots ist nach Ch.'s Meinung gerade so dauernd, als die jeder andern Therapie, d. h. so lange dauernd, als dies bei einer Krankheit, die meist secundär zur Lungenaffection sich gesellt, überhaupt möglich ist.

LEFFERTS.

140) **A. Kuttner. Was leistet die Localbehandlung der Larynxphthise?** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 3.*

K. weist die Einwände gegen die Localbehandlung, dass die Larynxerkrankung auch ohne jede Behandlung heilen könne und dass dieselbe meist erst dann eintrete, wenn das Lungenleiden bereits weit vorgeschritten sei, zurück. Der erste sei zu wenig gestützt durch genaue Angaben, der zweite nicht haltbar, da die Kehlkopferkrankung in jedem Stadium zum Ausbruch kommen könne. Eine grössere Schwierigkeit liege darin, dass man, auch wenn es gelingt den Kehlkopf gesund zu machen, damit noch nicht den Organismus gesund gemacht habe. Dies Loos theile aber die Localbehandlung mit anderen allgemein anerkannten Methoden, z. B. der Gastroenterostomie bei Pyloruscarcinom. Die nächste Aufgabe der Therapie ist die Linderung der Beschwerden, unter denen die Schluckschmerzen obenan stehen. K. berichtet dann über 6 durch Curettage, bezw. Laryngofissur, Galvanocaustik, Incisionen, Milchsäureeinreibungen geheilte Fälle und giebt dann eine Uebersicht über die verschiedenen Methoden zur localen Bekämpfung der Larynxphthise und ihre Indicationen. LANDGRAF.

141) **John B. Metzerrolt. Einhundert Fälle von Kehlkopftuberculose mit und ohne operativen Eingriff behandelt. (One hundred cases of laryngeal tuber-**

culosis treated with or without operation) *National Medical Review. Jan. 1896. Americ. Medico-Surgical Bulletin. 22. Februar 1896.*

Aus dem Sectionsergebniss von über 200 Fällen von tuberkulöser Laryngitis ersieht Verf., dass die pathologischen Veränderungen in der Regel am ausgesprochensten unterhalb der Glottis sind, also an einer Stelle, die dem Eingriff nicht zugänglich ist. Daher glaubt er nicht, dass die Krankheit ganz zu heilen ist.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

142) **Grünwald** (München). **Die Indicationen zum operativen Vorgehen bei der Tuberculose der oberen Luft- und Nahrungswege.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 7. 1896.*

Der vorstehende kleinere Aufsatz legt den Praktikern nahe, die tuberkulösen Processe in den oberen Luftwegen und in der Mundhöhle vorwiegend als lokale aufzufassen und die operative Entfernung möglichst radikal vorzunehmen.

SEIFERT.

143) **E. L. Shurley. Die medicamentöse Behandlung der Kehlkopftuberculose (Medical treatment of laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Med. Journal. 19. Oct. 1895.*

Weitere Ausführung der Bemerkungen, die S. auf der 17. Jahresversammlung der American Laryngological Association (vergl. Verhandlungsbericht) bei der Discussion zu den Vorträgen von Wright, Rice und Gleitsman machte.

LEFFERTS.

144) **Joseph. Vorstellung eines Falles von Lepra.** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 25.*

Die Krankheit besteht bei dem 41jähr. Deutschen, der vor 18 Jahren nach Montevideo ausgewandert war, seit $5^1/_2$ Jahren. Der Kranke hat besondere Beschwerden von Seiten der Nase. Beide Nasenseiten sind stark verengt, das Septum nach beiden Seiten, besonders nach rechts, stark verdickt; hinter der Verdickung finden sich Erosionen. Am Gaumen ein ziemlich grosses Leprom, im Kehlkopf, speciell an der Epiglottis kleine Knötchen.

J. demonstrirt im Anschluss an diesen Fall ein Präparat eines leprösen Larynx, an dem die Epiglottis fast völlig verschwunden, der Aditus ausserordentlich stark durch Narbenbildung verengt, Taschenbänder und Stimmbänder zerstört waren, unterhalb derselben tiefgreifende Ulcerationen.

LANDGRAF.

f. Schilddrüse.

145) **Galle. Kropf. (Goitre.)** *N. Y. Med. Record. 11. April 1896.*

G. empfiehlt parenchymatöse Injectionen von 1 ccm der folgenden Lösung:

Jodoform 1,0
Aether sulfur.
Ol. olivarum āā 7,0

LEFFERTS.

146) **Wahrmann** (Zürich). **Die Struma intrathoracica.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 43. Bd. 1. u. 2. H. 1896.*

Von 75 Fällen gutartiger Str. intrathor., welche der Verf. zusammenstellen konnte, stammen 4 aus der Privatpraxis von Kaufmann, 15 Fälle waren bösartiger Natur. W. spricht von einer Struma intrathor. dann, wenn die Struma in die obere Brustapertur hineinragt, gleichviel ob eine Struma am Halse besteht oder nicht und ob der intrathoracische Theil die unmittelbare Fortsetzung der letzteren bildet oder eine mehr oder weniger isolirte Geschwulst darstellt. Therapie die gleiche wie die der gewöhnlichen Struma, die maligne Struma bietet der Diagnose oft grosse Schwierigkeiten. SEIFERT.

147) **Stabel. Behandlung der Kröpfe mit Schilddrüsenextract.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 8. Vereins-Beilage No. 5.*

St. berichtet über die in der Klinik von v. Bergmann erzielten im Allgemeinen günstigen Resultate; wenn auch keine Heilung, so doch häufig Besserung der gestörten Function. Fütterung mit frischer Drüsensubstanz war erfolgreicher, als die mit Thyreoideatabletten. LANDGRAF.

148) **H. Stabel. Zur Schilddrüsentherapie. Discussion.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1896. No. 5.*

Zusammenstellung der auf der v. Bergmann'schen Klinik erzielten Resultate. Verwerthet sind 83 Fälle von Kropf. Davon sind 25 Fälle mit frischer Drüsensubstanz behandelt. Dieselbe muss ganz frisch verabfolgt werden, da man sonst unerwünschte Nebenwirkungen hat, von Zersetzungsprocessen der Drüsensubstanz herrührend. Fast immer wurde eine Besserung erzielt, Heilung nur in 2 Fällen. Je schneller die Rückbildung eintritt, um so schneller wächst die Struma wieder nach Aussetzen der Medication. Die Behandlung muss lange fortgesetzt werden. Während der Fütterung macht sich fast constant Pulsbeschleunigung bemerkbar. Bedrohliche Nebenerscheinungen traten nie hervor, nie Zucker. Hagere Patientinnen nahmen zu, üppig entwickelte junge Mädchen verloren ziemlich viel an Gewicht. In einer Anzahl Fälle schloss man an die Drüsenfütterung die Behandlung mit Thyreoideatabletten. Letztere haben geringeren therapeutischen Werth bei ungünstigerer Einwirkung auf das Herz. Es ist nöthig, die Patienten dauernd unter Controle zu haben. St. kennt einen Fall, in welchem ein corpulenter 50jähr. Herr, der viel Tabletten ohne ärztlichen Rath nahm, an acuter Psychose erkrankte und in kurzer Zeit an acutem Gehirnödem starb. Aehnliche Fälle sind mehrfach beobachtet. Bei Morb. Bas. hält St. die Drüsentherapie für contraindicirt.

An der sich an den Vortrag schliessenden Discussion nahmen Ewald, Mendel, Senator, Kleist, Patschkowski Theil. Ihre Erfahrungen decken sich im Ganzen mit denen des Vortragenden. Patschkowski warnt vor voreiligen Schlüssen hinsichtlich des Auftretens von Psychosen nach dem Gebrauch der Tabletten. LANDGRAF.

149) **Alex. Hugh. Ferguson. Zur Chirurgie der Schilddrüse. (Surgery of the thyroid gland.)** *North American Practitioner. März 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

150) **R. v. Hoesslin. Neues zur Pathologie des Morb. Basedowii.** *Münchener med. Wochenschr. No. 2. 1896.*

v. H. beobachtete bei einem Kranken neben rhythmischen Schwankungen der Pulsfrequenz, paroxysmaler Tachycardie, Schwankungen der Herzgrösse und des Lumens der Herzostien und Beziehungen zwischen Grösse der Struma und den paroxysmalen tachycardischen Anfällen hauptsächlich Leukoplasie der Zunge und Abhängigkeit ihrer Intensität von der Schwere der Based. Krankheit. v. H. lässt die Veränderung des Zungenepithels durch die Mitbetheiligung des Sympathicus entstehen. Bald bestanden Lingua geographica, bald zahlreiche schmerzhafte Einrisse und oberflächliche Exulcerationen. SCHECH.

151) **Ernst Farner. Beiträge zur pathologischen Anatomie des Morbus Basedowii mit besonderer Berücksichtigung der Struma.** *Virchow's Archiv. 1896. Bd. 143. p. 509.*

Ausführliche anatomische Arbeit; untersucht sind in 2 zur Section gekommenen Fällen 1mal sämmtliche Organe, 1mal die Medulla oblongata und die Struma; ferner 8 Strumen, 6 durch Operation gewonnen, 2 durch Section. Die 10 Strumen bieten in 8 Fällen das Bild diffuser Hyperplasie, nur 2mal das der Struma nodosa dar. Verf. ist geneigt, in allen Fällen den Ausdruck einer Functionssteigerung mit gleichzeitiger qualitativer Veränderung des Secrets der Thyreoidea zu erkennen. F. KLEMPERER.

152) **Silex. Ein Fall von Morbus Basedowii, geheilt durch Thyreoidintabletten.** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 6.*

Vorstellung der 40jähr. Patientin in der Berliner med. Gesellschaft.

LANDGRAF.

153) **Robert T. Edes. Basedow'sche Krankheit behandelt mit Gewebsextracten, speciell mit Thymusextract. (Exophthalmic goitre treated with animal extracts and especially with extract of thymus.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 23. Januar 1896.*

Zuerst wurde getrocknete Schilddrüse gegeben, ohne Erfolg. Danach wurde Ruhe und Bromkali versucht; dann 2 Monate lang Subcutaninjectionen von Nuclein; später ein wässrig-glyceriniger Extract von Thymusdrüse, wobei eine allmähliche Besserung zu constatiren war. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

154) **Berndt** (Stralsund). **Zur chirurgischen Behandlung der Basedow'schen Krankheit.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 52. Bd. 4. Heft. 1896.*

In zwei Fällen von Morb. Basedowii wurde durch die Schilddrüsenoperation ein ausgezeichneter Erfolg erzielt, besonders in dem zweiten Falle, in welchem das Leiden etwa 30 Jahre bestanden hatte. B. führt den Morb. Based. auf als eine Neurose, bedingt durch die Volumsveränderung der Schilddrüse bezw. durch

die dadurch bewirkte mechanische Zerrung, Dehnung oder Einklemmung der Nervenendigungen des Sympathicus. SEIFERT.

155) **Lanz** (Bern). **Die Indicationen der Schilddrüsenbehandlung.** *Deutsche Aerzte-Zeitung. 5. 1896.*

Kurze Uebersicht über die verschiedenen Indicationen der Schilddrüsentherapie: Myxoedem, Hautkrankheiten, fötale Rhachitis, kretinische Degeneration, Morb. Basedowii, Fettsucht (s. Centralbl. XI. Jahrg. S. 735 u. 997). L. benutzt vorläufig die von Trenk (Basel) und Hauf (Bern) hergestellten Pastill. thyreoid. sicc. SEIFERT.

156) **Unna. Thyroid-Extract. (Thyroid extract.)** *N. Y. Medical Record. 28. März 1896.*

Das Thyroid-Extract versagt bei Psoriasis, Sklerodermie und Akromegalie; es wirkt wahrscheinlich nur auf die subcutanen Gewebe. LEFFERTS.

157) **Reinhold. Ueber die Anwendung der Thyroidtherapie bei mit Kropf verbundenen Psychosen. (Thyroidtherapy as applied to psychoses associated with goitre.)** *Medical News. 22. Februar 1896.*

Verf. berichtet über eine Reihe von interessanten Fällen, aus denen hervorgeht, dass die Darreichung frischer Schilddrüse oder trockener Extracte derselben bei Individuen, die an Psychosen und gleichzeitig an parenchymatösem Kropf litten, eine deutliche Verkleinerung der Kropfgeschwulst herbeiführte, auf den geistigen Zustand aber ohne jeden Einfluss war. Schädliche Nebenwirkungen wurden übrigens auch nicht beobachtet. LEFFERTS.

158) **W. F. Chappell. Ein Fall von Akromegalie mit Kehlkopf- und Rachensymptomen. (A case of acromegaly with laryngeal and pharyngeal symptoms.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 18. Januar 1896.*

Es bestand Hypertrophie der unteren Muscheln, sowie eine allgemeine Verdickung und Hypertrophie aller Theile des Halses. Der Pat. starb in einem Anfalle von Dyspnoe. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

159) **R. W. Dodgson. Akromegalie. (Acromegaly.)** *British Medical Journal. 14. März 1896.*

Demonstration eines 23jähr. Mädchens am 5. März 1896 vor der Harveian Society, bei welchem neben anderen Symptomen von Akromegalie auch bedeutende Vergrösserung der Nase und des Oberkiefers vorhanden, aber die Zunge normal war. SEMON.

160) **H. H. Vinke. Sporadischer Cretinismus; Bericht über einen mit Schilddrüsenextract behandelten Fall. (Sporadic cretinism, with report of a case treated with thyroid extract.)** *Medical News. 21. März 1896.*

Ausführlicher Bericht (und 2 Abbildungen) über einen mit sehr gutem Erfolge behandelten Fall. LEFFERTS.

161) **Geo R. Murray. Die Nachgeschichte des ersten Falles von Myxoedem, der mit Schilddrüsenextract behandelt wurde. (The after-history of the first case of myxoedema treated by thyroid extract.)** *N. Y. Med. Record. 22. Februar 1896.*

M., der zuerst einen Fall von Myxoedem mittelst Schilddrüsenverfütterung behandelte, berichtet über den weiteren Verlauf seines ersten Falles. Die Behandlung der 46jähr. Kranken, die seit 4 oder 5 Jahren an Myxoedem gelitten hatte, ist 1891 begonnen worden und wird seither fortgesetzt. Die Patientin ist noch immer vollständig wohl.

LEFFERTS.

162) **Geo R. Murray. Schilddrüsenextract bei der Behandlung des Myxoedems. (Thyreoid extract in the treatment of myxoedema.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Februar 1896.*

M. liess in seinen früheren Mittheilungen die Frage offen, ob das Myxoedem vollständig heilbar sei, ob nicht, selbst bei dauernd fortgesetzter Thyroidbehandlung, schliesslich ein Recidiv eintreten würde. Jetzt ist er in der Lage, zu behaupten, dass, so lange man die Therapie fortsetzt, das Myxoedem nicht wiederkehrt.

LEFFERTS.

163) **Sänger. Myxoedem geheilt durch Schilddrüsenfütterung.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 4. Vereins-Beilage No. 3.*

Kurze Notiz über einen im ärztlichen Verein in Hamburg vorgestellten Fall.

LANDGRAF.

g. Oesophagus.

164) **Z. Bychowski** (Warschau). **Beitrag zur Casuistik des Oesophagus-Divertikels.** *Virchow's Archiv. 1895. Bd. 141. p. 115.*

Krankengeschichte eines Falles von Oesophagusdivertikel, der keiner der beiden von v. Zenker und Ziemssen aufgestellten Categorien: Tractions- und Pulsionsdivertikel zuzugehören scheint. Das Divertikel beginnt 20—22 cm hinter den Schneidezähnen; die Länge des Sackes, der ungefähr 250—300 ccm fasst, ist 14—17 cm.

Notizen über ähnliche in der Literatur mitgetheilte Fälle, sowie Bemerkungen über die Pathogenese und die Therapie des Leidens schliessen die Arbeit.

F. KLEMPERER.

165) **Schede. Ueber Behandlung von Oesophagusdivertikeln.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1896. No. 15. Vereins-Beilage No. 11.*

Sch. behandelte einen Herrn, der seit 4—5 Jahren an den Symptomen eines Oesophagusdivertikels litt. Es gelang zunächst nur, eine ganz dünne Sonde an der vorderen Wand des Oesophagus durchzuschieben. Sch. versuchte nun, mit

der elektrischen Sonde weiter zu kommen. Dieselbe wurde bis zum Hinderniss eingeführt und dann der faradische Strom geschlossen. Die Sonde wurde dabei sofort fest von der Pharynxmusculatur umschlossen. Zog man dann die Sonde ein wenig zurück und schob sie dann tiefer ein, so passirte sie spielend das Hinderniss. Allmählich gelang die Durchführung immer dickerer Sonden und die Ernährung mit dem Schlundrohr.

LANDGRAF.

166) **F. W. Zahn** (Genf). **Ueber mit Flimmerepithelien ausgekleidete Cysten des Oesophagus, der Pleura und der Leber.** *Virchow's Archiv. 1896. Bd. 143. p. 170.*

Rein anatomische Arbeit. Erwähnt sei Fall 1: Flimmerepithelcyste der Oesophaguswand. Die mirabellengrosse Cyste wurde bei einem an Lungentuberkulose Verstorbenen im sonst normalen Oesophagus gefunden. Die Structur der Cyste wird eingehend beschrieben.

F. KLEMPERER.

167) **von Hacker** (Wien). **Ueber die Technik der Oesophagoskopie.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 6 u. 7.*

Das Instrument, mit welchem von Hacker seit ca. 8 Jahren oesophagoscopirt, ist das Mikulicz-Leiter'sche Oesophagoscop mit Benutzung von Mignonglühlämpchen, für reflectirtes elektrisches Licht eingerichtet, welches der Autor nun genau beschreibt. Bezüglich der Methode der Untersuchung weicht der Verf. in sofern von der von Mikulicz angegebenen Art ab, als er keine Morphiuminjectionen vorausschickt, sondern 20proc. Cocainpinselungen des Rachentrichters, besonders aber des Sinus pyriformis, und in Rückenlage mit gerade herabhängendem Kopfe untersucht. Eine Magenausspülung vorherzuschicken, sei überflüssig, meist sogar unmöglich, dagegen rathsam, die Patienten womöglich anzuweisen, unmittelbar vorher keine Speisen zu sich zu nehmen. Chloroformnarkose erweist sich selten als nöthig, doch wenn, dann tiefe Narkose. Autor giebt nun einige praktische Winke bezüglich der Einführung des Instrumentes, die sich manchmal schwieriger gestaltet wegen der häufigen Krümmungen im Verlaufe der Speiseröhre. Schliesslich beschreibt v. H. sein nach Art der Leroy'schen Curette articulée (für die Uethra) angegebenes Instrument für die endo-oesophageale Extraction von Fremdkörpern.

CHIARI.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) American Laryngological Association.

17. Jahresversammlung, abgehalten in Rochester, N. Y., den 17.—19. Juni 1895.

(Fortsetzung.)

Die Tuberculose der oberen Luftwege

bildete den letzten Gegenstand der Sitzung. Die Discussion wurde eröffnet von Jonathan Wright (Brooklyn), der die Aetiologie besprach. Die neueren bakteriologischen Forschungen haben uns dahin geführt, die alten Koch'schen Postulate hinsichtlich der Beziehungen von Krankheitskeimen zu einer Krankheit wesentlich zu modificiren. Wir wissen jetzt, dass Bakterien durch das Epithel dringen können; in vielen Fällen scheinen sie dann durch Phagocytose zerstört zu werden. Es wird für möglich gehalten, dass das Lymphgewebe an der Zungenbasis mit tuberculösem Material, das in der Nahrung mitaufgenommen wird, sich inficirt. Unentschieden aber ist, ob die Bacillen, die sich hier finden, thatsächlich im Gewebe liegen oder blos oberflächlich in den Papillen. Wir können tuberculöses Material Thieren injiciren und sie dann tödten; aber die Pravazspritze erfüllt doch nicht ganz die Anforderungen des klinischen Experimentes. Wir alle acquiriren eine gewisse Menge von Tuberkelbacillen früher oder später und von je 7 stirbt 1 an Tuberculose. Die Sectionen zeigen bei 1 von je 2 oder 3 Personen Zeichen zum Stillstand gekommener Tuberculose. Die Mortalität hängt nicht so sehr von dem Bacillus ab, als von schlechten Allgemeinbedingungen, unter denen die Menschen leben. Der Stand der Aerzte ist keineswegs besonders mit tuberculöser Erkrankung behaftet, obgleich die Aerzte dem Tuberkelbacill doch am beständigsten ausgesetzt sind. Kinder, die mit Milch von Alderney-Kühen genährt werden, erkranken besonders häufig.

Die spärlichen Anastomosen zwischen äusseren und inneren Lymphbahnen in den Halsgegenden erklären vielleicht die Thatsache, dass so viele der Erkrankung entgehen; auf der anderen Seite ist die reichliche Verbindung zwischen den nasalen Lymphbahnen und dem Subarachnoidalraum vielleicht für die Häufigkeit der tuberculösen Meningitis bei Kindern verantwortlich zu machen. Der Schutz des Larynx ist auch ein sehr bemerkenswerther. Die Louis'sche Theorie der corrosiven Sputa ist jetzt verlassen; aber zahlreiche Patienten sind entweder nicht daraufhin untersucht oder die tuberculösen Infiltrationen entgehen der Beobachtung und man sieht erst die tuberculösen Ulcera, wenn es mit dem Patienten zu Ende geht. Von 25 Fällen, die er untersucht, fand Wright Nase oder Hals tuberculös nur bei 4. Nach dem, was wir klinisch sehen, könnten die pyogenen

Coccen zuerst die Epitheldecke durchbrechen und durch die gesetzte Oeffnung dringt dann der Bacill ein. Der letztere kann nicht einen Abscess produciren. Es ist zweifelhaft, ob er das Drüsenepithel durchdringen kann oder nicht.

Schnitte durch die Kehlkopfschleimhaut des neugeborenen Kindes zeigen, dass dieselbe eine wellige Aussenlinie hat, besonders im Interarytaenoidalraum. Unter dem Einfluss der Stimmanstrengung streckt sich dies gewellte Säulenepithel und übt so eine Schutzwirkung auf die tieferen laryngealen Gewebe aus. Nasale Tuberculose kommt bei Phthisis gemeinhin gegen das Ende der Krankheit zur Beobachtung, ebenso wie die Tuberculose des Pharynx; die letztere kommt aber auch in den früheren Stadien der acuten Miliartuberculose vor.

C. C. Rice (New-York), der es übernommen hatte, über die Diagnose zu sprechen, war nicht anwesend. Aus dem von ihm eingesandten Vortrag sei folgendes zu entnehmen:

Tuberculose der Nase ist selten; Willigk fand nur einen Fall unter 476 Autopsien. Sie kann vorkommen als Ulceration am Nasenseptum oder -boden und dann den tuberculösen Ulcerationen im allgemeinen gleichen, oder als kleine papilläre Geschwülste, die den Nasenmuscheln aufsitzen. Nasentuberculose wird häufig übersehen, weil sie mit specifischer Erkrankung des Septums zusammen bestehen kann und dann, weil die kleinen Wucherungen nach der Entfernung oft nicht untersucht werden. Bei jedem Fall von chronischer Ulceration bei einem Patienten mit Lungenerkrankung soll Verdacht auf Nasentuberculose bestehen, wenn die nasale Affection dem Jodgebrauch widersteht.

Tuberculose des Pharynx oder Larynx. Unter Willigk's 1307 Autopsien war der Kehlkopf 237 mal afficirt, der Pharynx nur 1 mal. Rice glaubt, dass die tuberculöse Erkrankung des Schlundes mehr der acuten Allgemeintuberculose zugehört, als der gewöhnlichen chronischen Lungentuberculose. Gelegentlich können am weichen Gaumen miliare Tuberkel auftreten, ehe es zur Ulceration kommt; wahrscheinlich aber werden alle Organe gleichzeitig inficirt.

Tuberculose des Kehlkopf. 80 pCt. aller Fälle von Kehlkopfphthise sind leicht zu diagnosticiren; der Rest von 20 pCt. aber erfordert grosse Sorgfalt. Von diesen 20 Fällen kann die Hälfte schliesslich ohne die Hülfe von Jod und ohne mikroskopische Untersuchung überhaupt nicht sicher gestellt werden. Was die gewöhnlichen Fälle anlangt, so giebt es gar nichts Typischeres als die halb ödematöse, halb entzündliche Schwellung der tuberculösen Infiltrate und später die oberflächen „wie von Motten zerfressenen“ Geschwüre mit dem grauen Belag. Diese Läsionen sind gewöhnlich symmetrisch gelegen und auf sehr anämischer Fläche.

Bei beginnender Tuberculose findet man umschriebene Anämie am harten und weichen Gaumen bei sonst gesundem Pharynx, dabei vergrösserte Capillaren von den verschiedenen Partien des Gaumens zur Uvula verlaufend; ferner eine Erhebung der papillaren Schicht in der Commissura interarytaenoidea und schwache Thätigkeit der internen Stimmbandadductoren. Recidivirende Papillome der Stimmbänder sind als verdächtiges Zeichen anzusehen; Rice ist der Ansicht, dass zwischen ihnen und tuberculöser Laryngitis oft enge Beziehungen bestehen. Verdächtig ist auch die localisirte Congestion der Aryknorpel.

Häufig ist das Nebeneinanderbestehen von tuberculösen und syphilitischen Ulcerationen; auch kommt Kehlkopfsyphilis neben Lungentuberculose vor.

Rice erwähnt zuletzt 1 oder 2 Fälle, bei denen die vorderen Theile der Stimmbänder durch adhäsive Entzündung verbunden waren; ferner Fälle, welche die verschiedenen Geschwulstformen, die in tuberculösen Hälsen vorkommen, illustriren.

E. L. Shurly (Detroit) sprach über die Behandlung und zählte die verschiedenen Behandlungsmethoden auf, die bisher in Anwendung gekommen sind. Redner glaubt an das Vorkommen von Phthise ohne Tuberculose und kann sich des Zweifels nicht entschlagen, ob auf dem Sectionstische Zeichen früherer bacillärer Invasion wirklich so oft zu Tage treten, als angegeben wird. Als die besten localen Heilmittel sieht er das Chlorgas, Lösungen von ameisensaurem Natrium und Jodoform an. Als specifische interne Mittel haben die Jod- und Chlorverbindungen von Gold und Natrium gute Resultate erzielt. Die Diät verdient besondere Aufmerksamkeit. Bei Kehlkopferkrankung verursacht Alkohol leicht Reizung. Man soll den Patienten nie alle Hoffnung nehmen, und wenn es mit ihnen abwärts geht, durch Morphium ihren Zustand erträglich zu gestalten suchen. Für die Tracheotomie, Scarificationen und Curettement ist Redner nicht.

Die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose besprach J. W. Gleitsman (New-York). Es sind 8 Fälle von totaler und 7 Fälle von partieller Kehlkopfexstirpation wegen tuberculöser Erkrankung mitgetheilt. Bei 4 der ersteren Categorie wurde die Diagnose vor der Operation gestellt, 2 wurden als Lupus und 2 als Carcinom angesprochen. Von der anderen Abtheilung wurden 5 wegen Tuberculose, 1 wegen Lupus und 1 wegen vermeintlichen Carcinoms operirt.

Was das Curettement anlangt, so gewinnt dasselbe beständig an Boden. Von 70 Publicationen, die Redner zugänglich waren, sprechen sich nur 6 indifferent oder direct ablehnend aus. Wir dürfen nicht hoffen, dass dieser Eingriff einen günstigen Einfluss auf die fast stets vorhandene Lungencomplication ausüben wird, allein wir sind berechtigt, von einer Heilung der Larynxaffection zu sprechen, wenn trotz Fortbestehens der Lungenerkrankung die laryngealen Symptome verschwinden; wenn der Larynx ein normales Aussehen zeigt und wenn sich auch späterhin bei der Obduction im Larynx localisirte Processe nicht finden — Bedingungen, welche die Thatsache der Heilung über allen Zweifel sicherstellen und die in der Literatur sich bereits erfüllt finden. Recidive können vorkommen, denn natürlich kann das Curettement nicht die Diathese beseitigen, so wenig wie irgend eine andere Behandlungsmethode.

Zwei Autoren geben an, dass sie den Ausbruch resp. beschleunigten Fortschritt des Processes in der Lunge nach der Operation beobachtet haben; wahrscheinlich aber ist dies ein zufälliges Zusammentreffen, ein causaler Zusammenhang ist wenigstens nicht bewiesen. Weitere Einwände sind die Gefahr der Blutung, Schmerzhaftigkeit und die Schwierigkeit des Eingriffs selbst. Die Blutung lässt sich durch eine styptische Lösung von Milchsäure und Liquor ferri sesquichlorati stillen. Der Schmerz ist fast ganz auszuschalten durch mehrfache Appli-

cation starker Cocainlösung, die auch direct in die Gewebe injicirt werden kann. Die Schwierigkeit der Operation schliesslich kann doch niemals ein ernsthafter Einwand gegen einen legitimen chirurgischen Eingriff sein.

Das Curettement ist etwa analog der Excision eines tuberculösen Gelenkes durch den Chirurgen zu erachten. Man entfernt einen Krankheitsherd, eine Infectionsquelle, die in beständiger Verbindung mit einem bereits geschwächten System steht. Für richtig ausgewählte Fälle ist der Eingriff wirksamer, schneller und in seinem Erfolge besser, als irgend ein anderes Verfahren. Die Infiltration der Arygegend, welche die Hauptursache der Dysphagie ist, lässt sich mit der Doppelcurette oft in einer Sitzung entfernen. Die Heilung nach dem Eingriff geht schnell vor sich, Narbenbildung erfolgt rasch. Eine weitere Indication für die Arytaenoidectomie giebt die durch abundante Nervenproliferation bedingte, den Pat. sehr quälende Schmerzhaftigkeit. Selbst bei fortschreitender Lungenerkrankung mit hectischen Erscheinungen wird eine Verringerung der Dysphagie, dadurch eine bessere Ernährung und Besserung des Allgemeinzustandes erzielt; daneben sind als Vortheile Besserung der Stimme, des Hustens und der Athmung zu erwähnen.

Indicationen für das Curettement sind:

1. Primäre tuberculöse Erkrankung ohne Lungencomplication.
2. Fälle mit Lungencomplication, wenn diese incipient oder zum Stillstand gekommen ist ohne Cavernenbildung und hectische Erscheinungen.
3. Besonders umschriebene Ulcerationen und Infiltrationen.
4. Feste harte Schwellung der Arygegend, des Taschenbandes oder der hinteren Wand, tuberculöse Tumoren und Affectionen der Epiglottis.
5. Bei vorgeschrittener Lungenerkrankung quälende Dysphagie durch Infiltration der Arygegend.

Contra-Indicationen sind:

1. Vorgeschrittene Lungenerkrankung und hectische Symptome.
2. Disseminirte Erkrankung des Larynx, wenn in demselben nur wenig oder gar nichts mehr gesund erscheint.
3. Ausgedehnte Infiltration, die Stenose verursacht. Hierbei ist die Tracheotomie indicirt.

Was die Technik anlangt, so sind Heryng's einfache Curetten am besten zur Reinigung und Auskratzung von Ulcerationen geeignet, Krause's Doppelcuretten und Heryng's rotirende Curetten zur Excision tuberculöser Infiltrationen. Subglottische Processe sind mit der Scheinmann'schen Zange zu operiren; die Ventrikel kann man mit seitlich gebogenen Zangen zu erreichen suchen. Nach der Operation ist absolute Ruhe nöthig und bis zur vollständigen Vernarbung soll täglich eine Application von Milchsäure und Pyoktanin (1- oder 2proc.) vorgenommen werden. Die Vernarbung kommt in 7—28 Tagen zu Stande. Scharf umschriebene Ulcerationen verheilen besser, als seichte und ausgedehnte; feste Infiltrate (die gewöhnlich localisirt sind) besser, als ödematöse Zustände.

Redner berichtet über die Statistiken von Heryng, Gouguenheim und Krause, die über 455 Fälle verfügen, und reiht diesen seine eigenen Erfahrungen an. Mit der Doppelcurette hat er 12 Fälle operirt; bei allen diesen war die Lunge erkrankt. In zwei Fällen wurde wegen Infiltration der hinteren Wand allein,

einmal wegen dieser mit gleichzeitiger Schwellung des Taschenbandes operirt. 4mal wurde die Arytaenoidectomie gemacht, 3mal diese mit gleichzeitiger Excision des Taschenbandes, 2mal die letztere allein. Die Arytaenoidectomie war bei zwei Patienten wegen recidivirender Infiltration ein zweites Mal nothwendig. Ein Patient starb an Herzschwäche, ein zweiter an progressiver Lungenphthise. Vier sind ohne Recidiv im Kehlkopf seit 6—10 Monaten; von diesen hatte einer eine Affection der hinteren Wand, der zweite eine solche des Taschenbandes und bei zweien war die Arygegend afficirt.

Dritter Tag. Mittwoch, den 19. Juni 1895.

Fortsetzung der Discussion über die Tuberculose der oberen Luftwege.

T. Morris Murray (Washington) hat 7 oder 8 Fälle von laryngealen und pharyngealen Geschwüren mit Milchsäure behandelt, darunter 3 mit gutem Erfolge. Ein Fall wurde curettirt 2 Wochen vor dem Tode des Patienten; auch die Uvula war bei diesem infiltrirt; die Ulceration kam zur Heilung und die letzten Tage des Patienten wurden erheblich erleichtert. Ein Fall ist jetzt bereits seit 5 Jahren geheilt geblieben.

Ingals ist der Meinung, dass von 1000 operirten Fällen und von 1000 local behandelten die zweite Serie mehr Heilungen aufweisen würde als die erste. Er hat 4 mal Heilung von Kehlkopf- und Rachengeschwüren durch einfaches Einreiben von Milchsäure ohne vorheriges Auskratzen erzielt. Bei tiefergreifenden Affectionen muss ohne Zweifel currettirt werden; ob aber die Fortschneidung grosser Massen von Gewebe ein Nutzen ist, bleibt zweifelhaft. Das Jodtrichlorid (0,06—0,12 auf 30 Wasser) hat sich nach Redner gut bewährt. Die Cocainisirung sieht I. in diesen Fällen nicht gern wegen ihres herabstimmenden Effects auf das Nervensystem. Die Nachschmerzen sind meist nicht erheblich. Hauptsächlich bedient Redner sich einer Mischung von Carbolsäure und Ac. tannicum mit Morphiumzusatz; dieselbe macht Anfangs Schmerzen, aber diese dauern nicht lange.

Daly sah einige Fälle von Kehlkopferkrankung zur Heilung kommen unter Diät, Inhalationen und besonders Jodoform, mit dem er den Pat. gleichsam durchsättigt. Er hat niemals curettirt und hält dies auch für nutzlos. Kreosot hat er in grossen Dosen angewendet.

Wright betont in seinem Schlusswort, dass er der Behandlung der Kehlkopftuberculose sehr skeptisch gegenübersteht. Geschwüre vertheilen sich gelegentlich unter der Curette und Milchsäure. Im allgemeinen hat man zu sehr einen einzigen ätiologischen Factor in's Auge gefasst, während es deren doch eine ganze Reihe giebt. Kehlkopftuberculose kann ganz symptomenlos vorlaufen, selbst dann noch, wenn der Process bis auf den Knorpel gegriffen hat. Die als geheilt mitgetheilten Fälle sind im ersten Stadium der Krankheit zum Stillstand gekommen. Alles in allem sind für die Krause-Heryng'sche Methode aus der ganzen grossen Zahl nur sehr wenige Fälle geeignet.

Shurly hat Ingals' sedative Mischung erprobt; er stiess aber auf grosse Schwierigkeiten, aus den 3 Ingredientien ein gutes Gemisch herzustellen und hat sie darum getrennt gebraucht. Das Kreosot hat ihn enttäuscht; doch ist es ein gutes, mildes, desinficirendes Agens. Ueber die Curette besitzt er keine eigene Erfahrung. Es erscheint ihm absurd, davon Heilung zu erwarten, dass man ein paar Geschwüre auskratzt, während doch an nicht sichtbaren Stellen zahlreiche andere zurückbleiben.

A. B. Thrasher (Cincinnati): Nekrose der mittleren Muschel.

Während bei der acuten Rhinitis die untere Muschel häufiger afficirt ist, hat die Erkrankung der mittleren grösseren Bedeutung, weil ihr Druck auf die benachbarten Wände ein grosser ist und weil leicht die Oeffnungen der angrenzenden Sinus verschlossen werden, wodurch es zur Retention der normalen Secrete und dann schnell zur eitrigen Umbildung dieser kommt.

Ethmoiditis ist eine relativ häufige Krankheit; Necrose der mittleren Muschel aber ist sicherlich selten. Zuckerkandl giebt an, dass er dieselbe nie gesehen hat. Woakes versichert, dass Necrose in der Regel bei jeder Ethmoiditis vorhanden ist; doch lassen die anatomischen Angaben in seinen Publicationen unter 20 vermeintlichen Fällen nur 2 als echte Necrosen erkennen.

Redner sieht keinen Grund ein, warum längerdauernde Erkrankung der mittleren Muschel nicht eventuell in Necrose ausgehen soll, da doch die localen anatomischen Verhältnisse für diesen Ausgang entschieden günstig liegen. Wenn in einem Falle Ethmoiditis besteht und von der unteren Fläche der Muschel ein Polyp entspringt, dann sind gewiss alle Voraussetzungen zum Necrotisch-Werden für die letztere gegeben. Andererseits aber ist es möglich, dass ein Polyp einer Schleimhaut entspringt, die von dem Secret einer eitrigen Ethmoiditis überspült wird. Es ist dies ein Zustand ganz analog dem Auftreten von Ohrpolypen bei eitriger Mittelohrentzündung. Cysten des Knochens führen nicht mit Nothwendigkeit zur Necrose.

Redner trägt dann die Krankengeschichten von 2 Fällen von Necrose der mittleren Muschel vor.

Die allgemeinen Symptome sind: 1. Schmerz, der auf die Supra- oder Infraorbitalgegend bezogen wird, auf die Orbita selbst (Beseitigung des Siebbeins) oder das Ohr. 2. Ausfluss, oft sehr lästig. 3. Nasale Verstopfung und Anosmie; häufig aber ist selbst bei schwerer Erkrankung der mittleren Muschel die Athmung nicht behindert. 4. Verstopfung der natürlichen Oeffnungen der Nebenhöhlen mit den entsprechenden Symptomen. 5. Aeusserliche Deformirung der Nase und Verlagerung (bei ethmoidalen Fällen) des Augapfels. 6. Verschiedene Reflexstörungen.

Behandlung. Bei leichten und frischen Fällen von Entzündung der mittleren Muschel kommen alkalische Sprays, Cocain, Scarificationen oder tiefe Incision zur Anwendung. Handelt es sich um alte, lange bestehende Erkrankung und liegt Verdacht auf Osteitis oder Knochennecrose vor, so ist die rasche Abtragung des erkrankten Gewebes rathsam. Diese geschieht mit der kalten Schlinge, dem Meissel, der Trephine, der Säge oder Zange. Cauterisirung ist an dieser Stelle contraindicirt wegen der Nähe des Gehirns.

Die Nachtheile des Cigarettenrauchens sind locale und constitutionelle. Die letzteren sind die gleichen, wie bei jedem Tabakgenuss, die der Nicotinvergiftung. die besonders bei jugendlichen Individuen so schädlich ist. Was die localen Schädigungen anlangt, so können präexistirende Störungen verstärkt werden; dass aber nennenswerthe Halserkrankungen direct durch das Rauchen entstehen, sieht M. nicht als bewiesen an. Eine leichte Hyperämie der Schleimhaut kann wohl durch den Rauch herbeigeführt werden, selbst ein geringfügiger Catarrh mit einem spärlichen viscidem Secrect, das durch einzelne leichte Hustenstösse in Klumpen entleert wird. Gelegentlich hört man auch einzelne bronchiale Rasselgeräusche.

Ingals kann der Lehre von der harmlosen Localwirkung des Tabaks nicht beipflichten. Er hat starken Trachealhusten als Folge des Rauchens gesehen.

Carl Seiler hält bezüglich der localen Wirkung die Gewohnheit des Spuckens beim Rauchen für schädlicher als den Rauch selbst; der beständige Speichelverlust führt zu abnormer Trockenheit des Pharynx.

Langmaid betont, dass das Rauchen jungen Leuten besonders darum so schädlich ist, weil das Nicotin als Narcoticum die Denkfähigkeit herabsetzt. Auch das Pfeifenrauchen hält er nicht für so harmlos, als allgemein angenommen wird: die Ueberhitzung des Mundes durch den heissen Dampf wirkt schädlich.

Während der Tagung der Versammlung kamen noch folgende Vorträge zur Verlesung:

Harrison Allen (Philadelphia): Ueber Fremdkörper im Oesophagus.

D. Bryson Delavan (New York): Der Einfluss chronischer Halskrankheiten auf gewisse Sprachdefecte.

Charles H. Knight (New York): Cyste der Kieferhöhle.

M. R. Brown (Chicago): Pemphigus des Pharynx und Larynx.

William Porter (St. Louis): Compensatorische Bewegung der Aryknorpel.

S. Hartwell Chapman (New Haven): Studien über Diphtheritis.

In einer Sitzung des Geschäfts-Comités wurden folgende Herren als Mitglieder aufgenommen: J. E. Boylan (Cincinnati) [These: „Herpes chronica pharyngis“] — F. E. Hopkins (New York) [These: „Oedem des Kehlkopfs mit Bericht über einen Fall“] — Thomas Hubbard (Toledo) [„Behandlung der acuten Laryngitis“] — J. E. H. Nichols [„Intranasale Ursachen des Kopfschmerzes“].

Die nächste Versammlung findet in Pittsburg, Pa., statt; die Zeit bestimmt der Vorstand. In denselben werden gewählt für das folgende Jahr als

Vorsitzender: W. H. Daly (Pittsburg).
Erster stellvertr. Vorsitzender: Jonathan Wright (Brooklyn).
Zweiter stellvertr. Vorsitzender: A. W. de Roaldes (New Orleans).
Secretär und Schatzmeister: H. L. Swain (New Haven).
Bibliothekar: J. H. Bryan (Washington).

Lefferts.

b) British Laryngological Association.

Versammlung vom Juli 1895.

(Journal of Laryngology, August bis December 1895.)

Viele Ausländer betheiligten sich persönlich oder mittelst eingesandter Mittheilungen an der Sitzung.

I. Ansprache des Präsidenten Dr. Whistler: Kurzer Ueberblick über die Geschichte der Association.

II. Die chirurgische Behandlung der Nebenhöhlen der Nase.

1. Delavan besprach besonders die Cellulae ethmoidales. Man müsste öfters zuerst einen Theil der mittleren Muschel entfernen. Dann werden die Cellulae mit einem „rotatory burr“ eröffnet. Nachher Ausspülung etc.

2. Luc eröffnet die Highmorshöhle von vorn und tamponirt. Er beschreibt einige Fälle von Stirnbeinhöhlen-Affection. Er eröffnete die Höhle von vorn und hielt anfangs die Wunde offen. Nachher drainirte er nach der Nase mit einem Drainrohr. Später entfernte er mittelst Meissels den Boden der Höhle und curettirte die Höhle und die benachbarten Cellulae ethmoidales mit dem scharfen Löffel.

3. Moure bespricht die Erkrankung des Sinus frontalis. Man müsse bei bestehenden Schmerzen immer die vordere Hälfte der mittleren Muschel entfernen.

4. John Mackenzie bespricht die Behandlung der Erkrankungen der Highmorshöhle; er giebt einen Ueberblick über die verschiedenen Methoden.

5. Bosworth glaubt, dass man nach chirurgischen Grundsätzen die erkrankten Theile eröffnen und drainiren solle. Er kenne keine Erkrankungen der Keilbeinhöhlen; die Cellulae ethmoidales dagegen seien oft erkrankt. Diese Fälle behandelt B. mit dem Rotatory burr.

6. Ziem (Journal of Laryngol. Octob., Novemb., Decemb. 1895): Eine ausführliche und sehr interessante Arbeit über die verschiedenen Operationsmethoden; mit Abbildungen. Ziem bespricht in sehr anziehender Weise seine eigenen Erfahrungen. Die Arbeit verdient im Original nachgelesen zu werden.

An der Discussion betheiligten sich: Lennox Browne. Derselbe empfiehlt bei Erkrankung der Highmorshöhle eine grosse Gegenöffnung zu machen. — Daly tamponirt die Highmorshöhle. Er hält es für gefährlich, die Cellulae ethmoidales auszukratzen. — Collier eröffnet den Sinus frontalis von vorn und legt ein Drainrohr durch die Nase. — de Roaldes eröffnet die erkrankte Highmorshöhle durch die Fossa canina. — Dundas Grant benutzt eine kleine Canüle zur Ausspritzung der Keilbeinhöhle. — Bark eröffnet die Highmorshöhle ebenfalls durch die Fossa canina. — Bryan macht auf die Gefahren aufmerksam, die Operationen an den Cellulae ethmoidales stets anhaften. — Macintyre bespricht die verschiedenen Methoden der Behandlung. — Stoker glaubt, dass man gute Erfolge erzielen kann durch locale Behandlung mit Sauerstoff.

III. Behandlung von chronischer Larynxstenose.

1. Massei giebt eine interessante Besprechung der verschiedenen Formen der Stenose und ihrer Behandlung.

2. Sajous behandelt besonders die subglottischen Stenosen, welche oft übersehen werden. Es sei sehr gefährlich Jodkali zu geben.

Discussion: Delavan hält einen kurzen Vortrag über die verschiedenen Stenosen. — William Hill macht darauf aufmerksam, dass es gefährlich ist, bei Operationen wegen laryngealer Stenosen mit Aether zu anästhesiren, besonders bei subglottischer Schwellung.

IV. Die chirurgische Behandlung der tuberculösen Laryngitis.

1. Krause (Journ. of Laryngol., August 1895): Man soll auch bei schweren Fällen operiren; auch die Epiglottis und die Aryknorpel kann man mit der Doppelcurette behandeln. Die Application von Milchsäure befördert die Narbenbildung.

2. Heryng erörtert eingehend, welche Fälle behandelt werden sollen. (Im Original nachzulesen.)

3. Gleitsmann hat 12 Fälle behandelt; man müsse die geeigneten Fälle auswählen.

Discussion: Law bespricht einen von ihm behandelten Fall. — Delavan glaubt, dass sich in Amerika diese Behandlungsmethode nicht eingeführt hat, weil die Patienten sich gegen dieselbe sträuben.

V. Die Behandlung der Diphtheritis mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie.

Sims Woodhead leitet die Discussion mit einem interessanten Vortrag ein, den wir im Original nachzulesen empfehlen (Journ. of Laryng., September 1895). Bei toxischen Erscheinungen und starker Entzündung sei der lange Bacillus immer vorhanden, in der Reconvalescenz der kurze. Der lange Bacillus bildet viel mehr toxische Producte als der kurze. Bei Impfung auf Meerschweinchen sei das Gift oft viel stärker, wenn es durch mehrere Thiere durchgegangen ist. Die Gram'sche Färbemethode sei die beste. Bei gemischter Infection wirke das Antitoxin nicht so gut, wie bei den reinen Fällen.

Discussion: Lennox Browne glaubt, dass häufig Nephritis nach der Serumbehandlung vorkommt. Kinder bleiben oft anämisch für längere Zeit. Man dürfe sich nicht auf alle statistischen Behauptungen verlassen. — Macintyre hält die Versuchsperiode noch nicht für abgeschlossen. — de Roaldes berichtet über seine Erfahrungen in New Orleans. — Daly benutzt Calomel bei Diphtheritis; er giebt das Mittel innerlich stündlich, bis die Stühle wie Erbsensuppe werden.

R. Woods stellt einen Mann vor, bei dem er vor 5 Monaten die rechte Larynxhälfte wegen Krebs entfernt hat.

Delavan stellt einen Patienten vor, den Solis-Cohen operirt hat. Der ganze Larynx ist wegen Carcinom exstirpirt und die Trachea in die äussere Hautwunde eingenäht worden. Der Patient kann ganz deutlich sprechen.

Berliner zeigt einige Wachs-Modelle von Erkrankungen des Larynx.

Sitzung vom 17. Januar 1896.

Vorsitzender: Dr. G. Stoker.

Lennox Browne sprach über den Gebrauch von Gurgelwässern bei Halskrankheiten; er hält dieselben für nutzlos und ist für ihre Abschaffung. Auch das Pinseln des Halses mit Höllensteinlösungen ist nutzlos, wenn nicht sogar schädlich.

Der Vorsitzende stellte Fälle von chlorotischer Ozaena, syphilitischer Ozaena und eitriger Mittelohrerkrankung vor, die mit gutem Erfolge mit Oxygen-Gas behandelt wurden.

Milligan demonstrirte einen Rhinolithen, ferner Schnitte von einem tuberculösen Tumor der Nasenscheidewand und eine Nasenrachenraumgeschwulst.

Peyler demonstrirte Präparate von einer polypoiden Geschwulst der Membrana tympani, in der sich Haare fanden.

Mayo Collier eröffnete eine Discussion über die Ursachen und Folgen chronischer Nasenverstopfung. Adolph Bronner.

---

c) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Vierte Jahresversammlung in Utrecht, 17. Mai 1896.

In den Vorstand wurden gewählt die Herren A. A. G. Guye, Vorsitzender, A. C. H. Moll, Schatzmeister, H. Burger, Schriftführer.

Vorträge:

I. A. Huysman (Utrecht): Demonstration eines Patienten mit Perforation der beiden vorderen Gaumenbögen.

Der Pat., 20 Jahre alt, hat in der Jugend Scharlach gehabt. Nennenswerthe Rachenbeschwerden haben nie bestanden. Man sieht zwei nahezu symmetrische, ovaläre, durch die Muskelbündel des Palato-glossus begrenzte Perforationen der vorderen Bogen. H. betrachtet dieselben als congenitalen Ursprungs.

An der Discussion betheiligen sich die Herren Guye, Pel, Moll, Burger und Huysman. Herr Guye will die Perforationen auf den in der Jugend überstandenen Scharlach zurückführen. Herr Huysman betrachtet die Symmetrie, die ovaläre Form, die glatten Ränder und die Abwesenheit von Narbengewebe als Argumente für die congenitale Genese.

III. A. Mynlieff (Utrecht): Demonstration von mikroskopischen Präparaten und Culturen von Ozaena-Bacillen (Abel).

VII. W. van der Heide (Amsterdam): A. Demonstration von Choanalpolypen.

v. d. H. bedient sich bei der Extraction von Choanalpolypen der durch die Nase eingeführten kalten Schlinge, eventuell mit Beihülfe der zweiten, durch den Mund eingeführten Hand.

An der Discussion betheiligen sich die Herren Huysman und Zwaardemaker. Ersterer operirt Choanalpolypen unter Leitung des Spiegels mit einer Loewenberg'schen Zange. Letzterer hat sich in schwierigen Fällen einer Bel-

locq'schen Sonde oder eines Ohrkatheters bedient, mit dem er einen Seidenfaden einmal über, einmal unter dem Tnmor hindurchführte. Mit Hülfe dieses Fadens konnte er dann einen Stahldraht, zur Galvanokaustik, um den Stiel des Polypen appliciren.

B. Demonstration von Fremdkörpern aus der Nase.

1. Eine Revolverkugel.

2. Einen Myriapod (Arthronomalus similis), welcher bei einem 10jährigen Knaben bei der Nasendouche lebend herausgespült worden.

Er berichtet von einem anderen Fall, wo bei einem Dienstmädchen zwei Myriapoden ausgeschneuzt wurden. Dieselben waren als Geophilis hortensis determinirt worden.

VIII. A. Sikkel (Haag): Demonstration von Gyps-Abgüssen des Oberkiefers bei adenoiden Vegetationen.

An der Hand dieser Abgüsse bespricht S. die Formveränderungen des Oberkiefers in Folge der Vegetationen. Er betont, dass die winklige Verbiegung in der Medianlinie und die V-förmige Stellung der medianen Schneidezähne ausschliesslich bei adenoiden Vegetationen vorkommen, und macht besonders auf das Fehlen oder verkümmerte Vorhandensein der lateralen Incisiven aufmerksam.

Herr Reyntjes berührt in der Discussion die Frage der prothetischen Behandlung der secundären Kiefermissbildung. Er glaubt, dass der Hochstand des Gaumens an und für sich ein bedeutendes Hinderniss der Nasenathmung sein kann. Allein die Zahnärzte warnen davor, vor dem 14. oder 15. Jahre Versuche zur Verbreiterung des Kiefers anzustellen. Es ist weder ihm noch dem Vortr. bekannt, dass diese Warnung eine rationelle Basis hätte.

XII. H. van Aurooy (Rotterdam): A. Papilloma laryngis.

Multiple Papillome bei einem 3jährigen Mädchen, das sich mit dem Spiegel nicht untersuchen liess, welche in der Narkose mittels des Kirstein'schen Autoskops diagnosticirt wurden.

B. Ein Fremdkörper im Kehlkopf.

Ein 2 cm langer Holzsplitter unter dem linken Stimmband, zwischen der hinteren und der lateralen Kehlkopfwand eingekeilt. Extraction mit der Mackenzie'schen Zange.

In der Discussion berichtet Herr van der Heide über multiple Papillome bei einem 10jährigen Knaben, welche er in mehreren Sitzungen mit der Pincette entfernte. Seit einem Jahre keine Recidive.

XV. P. Q. Brondgeest (Utrecht): Die chirurgische Behandlung von Lupus und Tuberculosis laryngis.

Zwei Fälle von Larynxlupus chirurgisch behandelt (Laryngotomie, Exstirpation der Epiglottis nach Pharyngotomia subhyoidea). Ein Fall von Heilung, ein Fall von Tod. Die Resultate der chirurgischen Behandlung von Larynxlupus (die in der vorjährigen Versammlung mitgetheilten mit einbegriffen) sind also 2 Heilungen bei 3 Fällen.

Sämmtliche andere Vorträge waren otologischen Inhalts.

Für den ausführlichen Sitzungsbericht siehe die Monatsschrift für Ohrenheilkunde oder Moure's Revue de Laryngologie. H. Burger.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XII. Berlin, November. 1896. No. 11.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **F. H. Bosworth, Jos. E. Newcomb, Gleitsmann, Bryson Delavan. Die neueren Fortschritte in der Therapie der Krankheiten der oberen Luftwege. (The recent progress of treatment in affections of the upper respiratory tract.)** *N. Y. Med. Record. 29. Februar 1896.*

Eine Reihe von Vorträgen, die in der N. Y. Academie of Medicine gehalten wurden.

a) Das Gebiet der Nase und der Nasennebenhöhlen besprach Bosworth. Er hält noch an der Meinung fest, dass jede Form von nasaler Necrose fast in jedem Falle Ausdruck einer constitutionellen Erkrankung und nicht Resultat localer entzündlicher Störungen ist. B. sieht einen evidenten Fortschritt in der schärferen Abgrenzung der verschiedenen Nebenhöhlenerkrankungen und in den festen Indicationen für ihre Behandlung. Man hört nicht mehr so viel von Reflexneurosen wie früher, weil wir gelernt haben, manche Affectionen als directes Symptom nasaler Erkrankung und nicht mehr als Reflex anzusehen. Wir heilen das Asthma nicht durch Behandlung der Nase, sondern durch Beseitigung der nasalen Störung tragen wir zur Heilung des Asthmas bei.

b) Ueber den Fortschritt auf dem Gebiet des Nasopharynx, Oropharynx und Laryngopharynx sprach Newcomb. Er führt aus, dass die Therapie der Rachenkrankheiten mit der der Nase und des Larynx gleichen Schritt gehalten hat.

Gleitsmann sprach über die Bromaethylnarkose; er hält sie bei kurzen Operationen für ganz nützlich. Auch von dem Antipyrin hat er einen günstigen Eindruck; local injicirt wirkt es schmerzstillend und -verhütend. Parachlorphenol in Glycerin ist ebenfalls als schmerzlinderndes Mittel empfohlen worden. G. sah es in einigen Fällen wirken, in anderen nicht.

c) Larynx und Trachea besprach D. Bryson Delavan. Er beschäftigt sich erst mit der Intubation, dann mit den neueren Arbeiten über die Pachydermia

laryngis. Zur Entfernung des gewucherten Gewebes empfiehlt er die Electrolyse, am besten mit bipolarer Methode. — Viel ist in letzter Zeit über die Aetiologie des Larynxoedems geschrieben worden; die Ansichten aber sind noch widersprechende. — Bei papillomatösen Geschwülsten des Larynx hat der wiederholte Spray von absolutem Alkohol in zwei Fällen zum vollständigen Verschwinden der Tumoren geführt; es verdient diese Mittheilung Beachtung, zumal nach der Operation so häufig Recidive auftreten. — Das Kehlkopfcarcinom erwies sich bisher der Behandlung mit Toxin-Injectionen nicht zugänglich; Redner räumt der chirurgischen Behandlung desselben grössten Raum ein. In Frage kommen Thyreotomie oder vollständige oder unvollständige Laryngectomie. Redner bespricht die Arbeiten von Cohen, Wagner, Butlin u. A. LEFFERTS.

2) **Lavrand. Der Einfluss der Seeluft auf die Affectionen der Nase, des Halses und der Ohren. (The influence of sea air on affections of the nose, the throat and the ears.)** *N. Y. Medical Journal. 22. Februar 1896.*

Auf chronische Nasenaffectionen wirkt der Aufenthalt an der See im Allgemeinen günstig, wobei aber hauptsächlich die geistige Ruhe, die freie Luft und die allgemeine körperliche Erholung in Betracht kommen. Salzwasser-Douchen oder Sprays haben nur wenig Zweck; bei Ozaena freilich können sie gute Dienste leisten. Sehr reizbare Personen, bei denen die Nasenschleimhaut besonders empfindlich ist, vertragen die Seeluft öfters schlecht.

Was die Halskrankheiten anlangt, so kann die Hypertrophie der Mandeln bisweilen zurückgehen, indem sie Ausdruck lymphatischer Anlage ist und diese durch den Seeaufenthalt recht günstig beeinflusst wird. Altbestehende Hypertrophien werden indessen, auch wenn das Allgemeinbefinden sich hebt, nicht kleiner.

Nasopharyngeal-, Pharyngeal- und Laryngeal-Catarrhe sind nach L. in drei Gruppen einzutheilen. 1. Diejenigen, die durch scharfe Luft veranlasst oder verschlimmert sind. Für diese ist die Seeluft contraindicirt oder wenigstens muss allmälige Gewöhnung des Pat. stattfinden. 2. Atonische Catarrhe mit mangelnder vitaler Energie der Schleimhäute. Diese Gruppe ist durch Aufenthalt an der See sicher günstig zu beeinflussen. 3. Catarrhe in Folge von stimmlicher oder allgemeiner Ueberanstrengung. Von Patienten dieser Gruppe sollen die nervösen, die arthritischen und die zu Congestionen neigenden die See meiden. Für alle Andern aber ist der Aufenthalt an der See ein wunderbar wohlthuender; die Sonne, das Bad und die mässigen, allmälig ansteigenden Uebungen wirken ausserordentlich günstig. — Acute Halsaffectionen sind sichere Contraindicationen.

LEFFERTS.

3) **J. E. Newcomb. Angina Ludovici. (Ludwig's Angina.)** *N. Y. Medical Record. 21. März 1896.*

Die specifische Identität der Erkrankung ist stets ein strittiger Punkt gewesen. Ludwig gab folgende charakteristischen Züge der Krankheit an: 1. Eine eigenartige bretthartc Induration der Gewebe, die den Fingereindruck nicht festhalten. 2. Eine gleichmässige Verbreitung der Induration in der Weise, dass sie überall von einer Zone völlig intacten Zellgewebes scharf begrenzt wird. 3. Eine harte

sublinguale Schwellung mit einer polsterartigen Masse von dunkelrother oder blaurother Färbung rings um die Innenfläche des Unterkiefers. Die Behandlung verlangt frühe Incision, strenge Antisepsis in der Nachbehandlung und allgemeine Kräftigung. LEFFERTS.

4) **J. M. Harricks** (Melbourne, Victoria). **Traumatischer Schiefhals. (Traumatic torticollis.)** *Australian Medical Gazette. 20. April 1896.*

Krankengeschichte von 3 Fällen; die Verletzung fand bei allen bei der Geburt oder in der ersten Kindheit statt. Die Behandlung bestand in subcutaner Durchschneidung des Sternocleidomastoideus etwa $^3/_4$ Zoll über dem Ansatz an die Clavicula, mechanischer Fixation für einige Tage, dann Massage und systematische gymnastische Uebungen. Das Resultat war ein gutes. H. räth, mit der Operation so lange zu warten, bis das Kind intelligent genug ist, um die zweckmässigen Körperübungen richtig auszuführen. A. J. BRADY.

5) **W. Posthumus Meyes** (Amsterdam). **Demonstration einer Patientin mit Fistula colli completa.** *Werken van het Genootschap v. Natuur-, Genees- en Heelkunde. Serie II. Bd. III. No. 3.*

Die 20jährige Patientin hat eine Fistelöffnung in der Nähe des rechten Sterno-Claviculargelenks. Eine daselbst injicirte Flüssigkeit zeigt sich im Pharynx in der Mitte des rechten hinteren Gaumenbogens. H. BURGER.

6) **Koenig. Ueber Fistula colli mediàna.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1896. No. 20.*

Beobachtungen an 9 innerhalb $2^1/_2$ Jahren an der Kgl. Klinik durch Exstirpation entfernten medianen Halsfisteln. Die meisten medianen Fisteln erklären sich durch Persistenz des Tractus thyreoglossus (His). Der oberhalb des Zungenbeins liegende Theil des Fistelgangs enthält Pflasterepithel, der untere Flimmerepithel. Es kommen öfter zwei Flimmerepithel tragende Fistellumina vor, aber auch manchmal zahllose solche Flimmerepithel bekleidete Lumina. In einem Präparat zog der Fistelgang mitten durch das Zungenbein durch. K. verwirft alle anderen Massnahmen und schildert die radicale Exstirpation. LANDGRAF.

7) **Benda. Lymphdrüsengeschwulst.** *Berliner klinische Wochenschrift. 1896. No. 4.*

Die Lymphdrüsengeschwulst, gewonnen durch Operation vom Halse einer 20jährigen Patientin war von B. als metastatisch-carcinomatös angesehen. In der That fand sich später als primäre Erkrankung ein Carcinom des Nasenrachenraums. LANDGRAF.

8) **J. Nicoll** (Glasgow). **Aetiologie und Behandlung der chronischen Lymphdrüsenschwellungen mit besonderer Berücksichtigung der Halsdrüsen. (Etiology and treatment of chronic enlargements of lymphatic glands with special reference to those of the neck)** *Glasgow Med. Journal. Januar 1896.*

Verf. beschäftigt sich mit den sogenannten strumösen Drüsengeschwülsten,

die jetzt als tuberkulöse angesehen werden. Auf Grund seiner Untersuchungen an nahezu 500 Fällen kommt er zu folgenden Schlüssen:

1. Cariöse Zähne verursachen selten, wenn überhaupt jemals, Drüsenschwellung; wenn sie es thun, so inficiren sie indirect die Submaxillaris, nicht die Carotisdrüsen.

2. Ausschläge im Gesicht und am Kopfe afficiren leicht die Drüsen; doch entsteht dann eitrige Entzündung, nicht tuberkulöse.

3. Entzündungen im Munde wirken wahrscheinlich nicht oft auf die Lymphdrüsen zurück.

4. Acute Mandelentzündung erzeugt nur pyogene Drüsenaffectionen.

Alle bisher genannten Ursachen führen nach N. nur eitrige Infection der Drüsen herbei. Für die tuberkulösen Drüsenaffectionen, die fünfmal häufiger als die eitrigen sind, kommen folgende Punkte in Betracht:

1. Dieselben kommen gewöhnlich zuerst entlang dem oberen Theile der Carotis vor.

2. Bei der Exstirpation findet man oft, dass die tiefsten befallenen Drüsen die postpharyngealen sind.

3. Bei 70 pCt. der Fälle sind beide Seiten afficirt.

4. Bei einseitiger Drüsenerkrankung kommt in ursächlicher Beziehung in Frage a) chronische Augenerkrankung, b) chronische Ohraffectionen und c) Resorption vom Nasopharynx. Für beiderseitige Affection sind gewöhnlich der Nasenrachen oder die Mandeln die Infectionsquelle. „Vor der Drüsenexstirpation sind die Mandeln zu excidiren und der ganze Nasopharynx auszukratzen; ferner ist die Schleimhaut der unteren Muscheln mit dem Galvanokauter oder einem starken Causticum zu ätzen. Diese Behandlung wird in mehrwöchentlichen Intervallen ein paar Mal wiederholt." „Die Tonsillen werden entfernt, ob sie vergrössert erscheinen oder nicht." Nicoll fand Tuberkelbacillen „in einer beträchtlichen Anzahl exstirpirter Mandeln und adenoider Wucherungen".

P. MC. BRIDE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

9) **J. Killian. Zur Anatomie der Nase menschlicher Embryonen.** *Archiv für Laryngologie. 2. Bd. 2. H. 3. Bd. 1. H. 4. Bd. 1. H.*

Verf. hat seine Studien an den Köpfen von 239 menschlichen Embryonen angestellt. In seiner ersten Mittheilung (II. Bd. 2. H.) beschäftigt er sich mit den Schleimhautfalten der Nasenscheidewand (Plicae septi). Dieselben können in seltenen Fällen eine so excessive Grösse annehmen, dass sie der Luft den Durchtritt in die Choanen erschweren. Die Falten können als solche hypertrophiren, wobei dann eine aus Lamellen zusammengesetzte Geschwulst entsteht. Oder aber die Hypertrophie erfolgt so, dass die Falten verstreichen und ein einfacher Wulst entsteht. Verf. hat die Entstehung jener Falten an 190 menschlichen Embryonen studirt und findet, dass dabei das treibende Princip im Epithel liegt. Dasselbe senkt sich in die Schleimhaut ein und bildet Furchen. Zwei parallele Furchen

schneiden eine Falte aus der Schleimhaut heraus. Die Bildung beginnt im vierten Monat des Embryonallebens und erreicht ihre stärkste Ausbildung im sechsten bis achten. Im neunten bis zehnten Monat beginnt bereits die Rückbildung. Während die Faltenbildung aber selbst zu jener Zeit noch bei 82,6 pCt. der Fälle beobachtet wird, findet sie sich bei Erwachsenen nur bei etwa 31 pCt. Die Falten, deren Zahl von 7 bis 12 schwankt, finden sich im hinteren Theil der Nasenscheidewand und zwar in der Region, welche den Vomer bedeckt. Meistens war nur ein beschränkter Theil dieser Region von den Falten eingenommen. Ihre Richtung ist eine schräge, von hinten unten nach vorn oben. Im Vomergebiet ist die ganze Septumschleimhaut verdickt. Diese Verdickung entwickelt sich gleichzeitig mit der Faltenbildung. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt, dass die Plicae septi keinen specifischen Bau besitzen; er ist derselbe wie im übrigen respiratorischen Theil der Nase und nähert sich besonders dem der unteren Muschel. Es besteht kein Zweifel, dass der Faltenbildung nur respiratorische Function zukommt. Ueber ihre speciellere Function giebt die vergleichende Anatomie keinen Aufschluss, da es sich um eine der menschlichen Nase eigenthümliche Bildung zu handeln scheint. Verf. nimmt an, dass sie ehemals, und zwar zu einer Zeit, als die äussere Nase weniger ausgebildet, die Nasenlöcher nicht abwärts gerichtet, sondern direct nach vorn geöffnet waren, zur besseren Durchfeuchtung und Durchwärmung der Einathmungsluft beigetragen hat. Es ist dabei bemerkenswerth, dass sich die Septumfalten genau an das Ausbreitungsgebiet des Ramus nasopalatinus halten, was zu der Annahme passt, dass die Falten zur Verfeinerung der Quintussinnesfunction (Wahrnehmung von Unterschieden in Temperatur und Feuchtigkeitsgehalt der Einathmungsluft) beigetragen haben. Die jetzige Configuration der menschlichen Nase hat zunächst die vorderen Falten entbehrlich gemacht, und auch die hinteren sind im Verschwinden begriffen. Ob Klima und Lebensweise bei der Rückbildung eine gewisse Rolle gespielt haben, wird sich nur durch ein vergleichendes Studium der Nasen verschiedener Menschenrassen, namentlich der in kälteren und in den heissen Zonen wohnenden, entscheiden lassen.

Die beiden folgenden Mittheilungen (III. Bd. 1. H. und IV. Bd. 1. H.) haben zum Thema die ursprüngliche Morphologie der Siebbeingegend. Bei der Schwierigkeit des Gegenstandes und der Reichhaltigkeit der mitgetheilten Details ist es nicht möglich, den Inhalt der Untersuchungen einigermassen erschöpfend zu referiren. Verf. beschreibt zunächst die oberflächlich sichtbaren Bildungen der lateralen Siebbeingegend. Er nimmt bei Embryonen vom 9. bis 10. Monat fünf bezw. sechs Hauptfurchen (resp. Nasengänge) wahr, im Gegensatz zu Zuckerkandl, der nur vier gefunden hat. Nur ein einziges Präparat zeigte gleichzeitig alle sechs Hauptfurchen. Einige Furchen sind knieförmig gebogen und lassen einen Ramus ascendens und Ramus descendens unterscheiden. Obwohl der Ramus ascendens oft wenig entwickelt ist oder auch ganz fehlt, haben ursprünglich alle sechs Hauptfurchen einen zur Lamina cribrosa aufsteigenden Ast besessen. Die Hauptfurchen zerlegen das Gebiet der seitlichen Siebbeingegend in eine Reihe von wulstförmigen Abschnitten, welche vom Verf. als Hauptmuscheln bezeichnet werden. Zu jeder Hauptfurche gehört eine vor bezw. unter ihr liegende Hauptmuschel. Es giebt demnach sechs Hauptmuscheln. Auch an den Hauptmuscheln wird ein Crus

ascendens und ein Crus descendens unterschieden; ihr knieförmiges Uebergangs- und Verbindungsstück wird Lobulus genannt. Indem sich die Rami schliessen, werden aus ihnen Buchten, die Killian als Recessus bezeichnet. Indem sie sich zu zellenartigen Räumen ausweiten, werden sie zu Cellulae. Verf. giebt alsdann eine sehr genaue und an neuen Befunden reiche Beschreibung der Entstehung der einzelnen Siebbeinzellen, sowie der Nebenhöhlen der Nase. Das Knorpel- und Knochengerüst, das der äusserlich sichtbaren Gestaltung zu Grunde liegt, wurde an Schnittserien studirt und durch Wachsplattenmodelle zur Darstellung gebracht. Was die Bildung des fertigen Zustandes, der Muscheln, Nasengänge und Nebenhöhlen des Erwachsenen aus der embryonalen Nase anlangt, so seien hier noch folgende Uebersichten beigegeben:

Die mittlere Muschel = dem absteigenden Schenkel der zweiten Hauptmuschel einschliesslich eines kleinen Theiles des aufsteigenden.

Die obere Muschel (Concha Morgagni) = entweder (wenn noch eine oberste da ist) dem absteigenden Schenkel der dritten Hauptmuschel, oder (wenn keine oberste da ist) den absteigenden Schenkeln der dritten bis fünften Hauptmuschel.

Die oberste Muschel (Concha Santorini) = dem absteigenden Schenkel der vierten plus fünften Hauptmuschel.

Der obere Nasengang = dem absteigenden Aste der zweiten Hauptfurche.

Der oberste Nasengang = dem absteigenden Aste der dritten Hauptfurche.

Man hat aber zu beachten, dass auch Ausnahmen von diesen Regeln vorkommen können.

Aus dem Recessus inferior des absteigenden Astes der ersten Hauptfurche steht die Entwicklung der Kieferhöhle in directer Beziehung. Die Stirnhöhle ist ein zwischen die Tafeln des Stirnbeins eingedrungener Theil der Stirnbucht, d. h. des Recessus ascendens der ersten Hauptfurche. Zuweilen entsteht der Sinus frontalis gleichsam auf einem Umwege, wovon einer der Cellulae frontales ist, die übrigens auch Abkömmlinge der ersten Hauptfurche sind. Die Keilbeinhöhle endlich nimmt eine von allen anderen abweichende Stellung ein. Sie ist der durch Verwachsungsvorgänge abgesonderte und später ausgeweitete hinterste Theil der Haupthöhle der Nase. Die Verwachsungen haben zwischen der Oberfläche der sechsten Hauptmuschel und dem ihr gegenüberliegenden medialen Theil der Stirnlamelle stattgefunden und haben einen kleinen Raum freigelassen, die embryonale Keilbeinhöhle. Die Siebbeinzellen entstehen ebenfalls aus den Hauptfurchen oder Derivaten derselben. Wir können sie deshalb als Ausweitungen interturbinaler Gänge bezeichnen.

RICHARD SEMON.

10) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Ein verbesserter Riechmesser.** *Archiv für Laryngologie u. Rhinologie. 1895. Bd. 3. H. 3.*

Abbildung und Beschreibung des Instrumentes, dessen Princip folgendes ist: Ein poröser Porzellancylinder ist mit einer gläsernen Umhüllung umgeben, so dass zwischen Glas und Porzellan ein Zwischenraum von 4 mm Weite besteht:

dieser wird mit der Lösung des Riechstoffes (Vanillin in Glycerin gelöst u. a.) gefüllt und hermetisch abgeschlossen. F. KLEMPERER.

11) **H. Zwaardemaker** (Utrecht) und **C. Reuter** (Ems). **Qualitative Geruchmessung.** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinologie. Bd. 4. H. 1. 1896.*

Die Verff. unterscheiden für die pathologische Untersuchung 9 Klassen von Gerüchen: 1. die ätherischen, 2. die aromatischen, 3. die Odores fragrantes (balsamische, Blumendüfte), 4. Moschus- und Ambergerüche, 5. lauchartige Gerüche, 6. brenzliche Gerüche, 7. hircinische oder Caprylgerüche, 8. abstossende Gerüche (Odores tetri, narcotische Gerüche etc.), 9. Brechreflex auslösende Gerüche (Leichengerüche, faecale Gerüche). Aus jeder der 9 Klassen ist für die Untersuchung ein charakteristischer Vertreter ausgewählt, der in Form fester Riechcylinder oder als Lösung des Riechstoffes zur Verwendung kommt. Die festen Riechstoffe geben klinisch bessere Untersuchungsresultate. Die Riechkraft der gewählten Stoffe ist keine gleichmässige. Die Verff. bestimmen sie für die von ihnen gewählten 9 Riechmesser. Die Ergebnisse einer Geruchsprüfung lassen sich nach Anweisung der Verff. übersichtlich graphisch darstellen. F. KLEMPERER.

12) **P. J. Mink** (Amsterdam). **Das Ansaugen der Nasenflügel. (Het aanzuijen der neusvleugels.)** *Med. Weekbl. II. No. 42. 18. Januar 1896.*

M. empfiehlt die bekannten Nasenöffner von Feldbausch. H. BURGER.

13) **Zarniko. Demonstration eines Patienten mit überzähliger mittlerer und oberer Nasenmuschel.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1896. Vereins-Beilage No. 8.*

Kein Detail. LANDGRAF.

14) **Thomas F. Rumbold. Abnorme Nasensecretion und ihre schädlichen Wirkungen. (Abnormal nasal secretions; its injurious effects.)** *Saint Louis Med. and Surg. Journal. Mai 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

15) **John R. Winslow. Einfache Prophylaxe gegen Nasenkrankheiten. (Simple prophylaxis of nasal disease.)** *Maryland Med. Journal. 1. Februar 1896.*

Ohne besonderes Interesse. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

16) **Heuss** (Zürich). **Ueber Behandlung der Rosacea.** *Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 2. 1896.*

Eine ausführliche und nützliche Arbeit. Die Behandlung der Rosacea zerfällt in eine causale, meist allgemeine, und eine symptomatische, vorzugsweise locale.

Die causale Therapie hat vor allem die Erkrankungen des Magendarmkanals, des Urogenitalapparates, des Herzens, der Lunge, des Blutes, der Nasen- und Rachenhöhlen, ferner die Lebensweise in toto zu berücksichtigen.

Die locale Behandlung unterscheidet die indolenten und die erethischen Formen, welch' letztere hartnäckiger sind und sehr häufig beim weiblichen Geschlecht. Ihr Princip ist Erzeugung von acut verlaufender Gefässhyperämie, sogar von Entzündungen.

Sie zerfällt in die thermische, die Wasser-, die Salben-, die Lehm-, die Pastenbehandlung, in die Spül-, die Scarifications- und die Excisionsmethode.

Die Behandlung braucht oft viel Geduld, ist aber von vielen Erfolgen begleitet und entwendet der Quacksalberei und Kurpfuscherei eine Menge unglücklicher Patienten. Die treffliche Arbeit muss im Originale recht studirt werden.

JONQUIÈRE.

17) **Chas. R. Weed. Bericht über einen Fall von seit 3 Jahren bestehendem Epithelialkrebs der Nase; seine Behandlung und Heilung. (Report of „a case of epithelial cancer of the nose of three years standing". Its treatment and cure.)** *Medical News. 25. Januar 1896.*

Sitz der Erkrankung war der rechte Nasenflügel nahe der Verbindung von Knorpel und rechtem Nasenbein; die Ulceration dehnte sich bis dicht an den inneren Augenwinkel aus. Charakteristische Krebsnester wurden mikroskopisch nachgewiesen. Ausgiebiges Curettement wurde vom Pat. verworfen. Mit Trichloressigsäure wurde Heilung erzielt.

LEFFERTS.

18) **Farquhar Curtis. Wiederherstellung der Nase. (Restoration of the nose.)** *N. Y. Med. Record. 25. Januar 1896.*

Bei einem jungen Manne waren alle Nasenknochen durch Eiterung zerstört und nur die Haut intact. Durch eine Art Dreigestell aus Aluminium, dessen eines Ende in ein in das Stirnbein gebohrtes Loch passte, während die beiden andern Aeste in Löcher des Oberkieferknochens passten, wurde die Nase wieder gehoben. Es erforderte verschiedene Vorsichtsmassregeln, die beständige Neigung der Prothese, nach dem Munde zu herunterzugleiten, zu bekämpfen.

LEFFERTS.

19) **John Girdner. Der Finger zum Ersatz der Nase. (The finger as a nose.)** *N. Y. Med. Record. 25. Januar 1896.*

Verf. zog zum Ersatz der durch Lupus zerstörten Nase den Mittelfinger heran. Es dauerte nahezu 3 Monate, bis die Circulation des Fingers in seiner neuen Lage soweit hergestellt war, um die Abtrennung desselben von seinem Connex mit der Hand zu rechtfertigen. Und auch dann trat noch an dem die Nasenspitze bildenden Endstück des Knochens eine leichte Nekrose ein.

LEFFERTS.

20) **G. E. Monks. Plastische Operation nach Tagliacozzi zur Correction einer deformirten Nase. (Plastic operation of Tagliacozzi for the correction of a deformed nose.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 6. Februar 1896.*

Bericht über einen Fall.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

21) **Berger** (Paris). **Rhinoplastik nach der italienischen Methode.** *Acad. de méd. 3. März 1896.*

B. stellt eine Patientin vor, bei der die Nasenspitze sowie ein Theil des Nasenrückens, die Flügel und das Subseptum vor $1^1/_2$ Jahren in Folge einer Lues zerstört worden waren und bei welcher er die italienische Methode zur Wiederherstellung des fehlenden Organs angewandt hatte.

Verf. fing die Operation damit an, dass er den Nasenstumpf auffrischte und

auf denselben einen von dem Arme genommenen Lappen befestigte. Letzterer wurde dann am Kopfe mittelst eines besonderen vom Verf. ersonnenen Apparates 10 Tage lang fixirt erhalten.

Nach Verlauf dieser Zeit wurde der Stiel des Lappens durchschnitten und derselbe erwies sich als vollkommen angewachsen und lebensfähig. Dann schritt B. zur Wiederherstellung der Spitze, der Flügel, sowie des Subseptums. Das Resultat war vorzüglich. LUC.

22) **Rushton Parker. Ein Fall von Rhinoplastik. (A case of rhinoplasty.)** *Lancet. 21. März 1896.*

Die Nase war wegen Ulcus rodens amputirt worden. Zum Ersatz wurden breite Lappen von oberhalb des linken Auges und von der rechten Backe genommen. Vorstellung des Patienten in der Liverpool Medical Institution.

ADOLPH BRONNER.

23) **A. S. Underwood. Künstliche Nase ohne Brille befestigt. (An artificial nose affixed without spectacles.)** *Lancet. 2. Mai 1896.*

Die aus Vulcanit gefertigte Nase ist mit einem Gummi befestigt. Die Modellirung erfordert grosse Sorgfalt. Martindale empfiehlt gefärbte Puder zur Erzielung der richtigen Färbung. Das Bild des Patienten ist der Arbeit beigegeben. ADOLPH BRONNER.

24) **Dwight L. Hubbard. Abscess der Nasenscheidewand. (Abscess of the nasal septum.)** *Americ. Medico-Surgical Bulletin. 18. Januar 1896.*

Krankengeschichte eines Falles. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

25) **H. S. Purdon** (Belfast). **Perforirendes Geschwür der Nasenscheidewand und des Vomer. (Perforating ulcer of septum nasi and vomer.)** *Dublin Journal of Med. Science. April 1896.*

Nichts von Bedeutung. P. MC. BRIDE.

26) **J. Sendziak. Beitrag zur Casuistik der blutenden Tumoren der Nasenscheidewand. (Przyczynek do kazuistyki guzon krwawiacych przegrody nosowej.)** *Kronika lekarska. No. 3. 1896.*

34jähriger Patient, seit einem Jahr an Nasenblutungen leidend, wozu sich später Verstopfung des rechten Nasenganges gesellte. Bei der rhinoskopischen Untersuchung wurde vom Verf. ein rother, wallnussgrosser Tumor an dem oberen Theile des Septums gefunden. Derselbe wurde galvanokaustisch radical entfernt.

Histologisch zeigte die Geschwulst die Structur des Angioma cavernosum sarcomatodes. A. v. SOKOLOWSKI.

27) **Réthi** (Wien). **Die Verbildungen der Nasenscheidewand in ihren örtlichen und allgemeinen Beziehungen.** *Bresgen's Samml. zwangl. Abhandl. aus d. Gebiete d. Nasen-, Ohren-, Mund- u. Halskrankheiten. I. No. 9. 1896.*

Die Septumdeviationen sind traumatische und beziehen sich dann zumeist auf den knorpeligen Theil oder sie sind compensatorische, d. h. sie

entstehen durch Blähung der Siebbeinmuscheln, übermässige Vergrösserung der mittleren Muschel einer Seite. Am häufigsten sind die sog. physiologischen Deviationen; es handelt sich bei ihnen um ungleiche Wachsthumvorgänge in verschiedenen Knochen, entweder im Septum oder im übrigen Skelett, sodass sich ein Druck an den Ansatzstellen des Septum oben und unten wirksam geltend macht.

Die knöchernen und knorpligen Auswüchse entstehen durch ein Trauma, indem es dabei zu einer Fractur oder Luxation kommt. Häufiger sind die Leiden verursacht durch physiologische Vorgänge, d. h. durch übermässiges Wachsthum von physiologischen Gebilden.

Die Symptome machen sich local bemerkbar — Nasenstenose mit ihren Folgeerscheinungen, Sprachstörungen, gelegentliche Beeinträchtigung des Geruchs und Geschmacks, Veränderungen des Gehörs und Gefühls etc., oder sie sind fernwirkende Folgeerscheinungen — Kopfschmerz, Asthma, Herzklopfen, Husten etc.

Die objectiven Symptome bestehen in der bekannten Veränderung des Gesichtsausdrucks und in dem örtlichen Befund.

Die Diagnose ist leicht zu stellen.

Die Prognose ist günstig bezüglich der freien Nasenpassage, aber nicht immer in Hinsicht auf die Folgezustände.

Bei dem Kapitel „Therapie" bespricht R. alle bekannteren Methoden der Operation.

A. ROSENBERG

28) **W. L. Ballenger. Elektrolyse zur Behandlung von Verbiegungen, Spinen und Auswüchsen des Nasenseptums. (Electrolysis as a treatment for deviations, spurs and ridges of the nasal septum.)** *Journ. Americ. Med. Associat. 11. Januar 1896.*

Gefässreiche Geschwülste werden am besten mit anodaler Electrolyse, feste, fibröse mit kathodaler behandelt. Bei manchen Zuständen (in der Hauptsache knöcherne oder knorplige Gebilde) ist es gleichgültig, welcher Pol local zur Anwendung kommt. Die bipolare Methode hat vor der monopolaren den Vortheil, dass sich die Wirkung des Stromes abgrenzen lässt, dass sie einfacher und schmerzloser ist und die Perforation des Septums vermieden wird. Verf. berichtet über 21 Fälle, die alle gebessert wurden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

29) **Seymour Oppenheimer. Empfehlung einer neuen Methode zur Operation bei ausgesprochener diffuser knorpliger Verbiegung des Nasenseptums. (The advocation of a new method of operation for marked diffuse cartilagineus deflection of the nasal septum.)** *Codex Medicus. Februar 1896.*

Verf. bespricht die Hajek'sche Methode und berichtet über einen nach derselben behandelten Fall.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

30) **John Turner. Verbogene Nasenscheidewände. (Deflected septa of the nose.)** *Maryland Med. Journal. 2. Mai 1896.*

Bericht über 4 Fälle, die mit Erfolg operirt wurden.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

31) **Wolff** (Metz). **Ein weiterer Beitrag zur Verwendung des Elektromotors in der Rhinochirurgie.** *Archiv f. Laryngologie und Rhinologie. 1895. Bd. III. Heft 3.*

W. hat in 15 Fällen den Electromotor zu intranasalen Eingriffen benutzt und ist von dieser Methode sehr eingenommen. Er giebt Abbildungen der von Reiniger, Gebbert und Schall, Erlangen gelieferten Instrumente.

F. KLEMPERER.

32) **J. W. Gleitsmann** (New York). **Ueber Behandlung von Septumdeviationen mittelst der Trephine und der Methode von Asch.** *Arch. f. Laryngologie und Rhinologie. IV. 1. 1896.*

Vf. giebt eine kurze historische Skizze über die Entwicklung der in Deutschland in der letzten Zeit von verschiedenen Seiten empfohlenen Operationstechnik mittelst Trephine und Electromotor. Anschliessend setzt er das Verfahren von Asch auseinander, das ihm gute Dienste leistete; das für dasselbe erforderliche Instrumentarium ist abgebildet.

F. KLEMPERER.

33) **Toison. Zur Behandlung der Nasenpolypen. (Traitement des polypes du nez.)** *Journ. d. Scienc. méd. de Lille. 26. Januar 1895.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

A. CARTAZ.

34) **Henry J. Mulford. Ein ungewöhnlicher Nasenpolyp. (An unusual nasal polypus.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 8. Februar 1896.*

Nichts von Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

35) **Woakes. Schleimhautpolyp. (Mucous polypus.)** *N. Y. Medical Record. 21. März 1896.*

Lange bestehender chronischer Catarrh der hypertrophischen Form führt die mittlere Muschel zu ihrem embryonalen Zustand zurück, d. h. dieselbe wird von vorn nach hinten in zwei Theile gespalten. In der Spalte ist die Blutversorgung nicht ausreichend, es bildet sich keine echte Schleimhaut, vielmehr häuft sich ein myxomatöses Gewebe an, das allmählich wachsend den Raum ausfüllt und noch erweitert und schliesslich zum echten Polypen sich entwickelt.

LEFFERTS.

36) **Brindel. Myxom der Nasenhöhle in der Narbe eines Lymphadenoms. (Myxome des fosses nasales implanté sur la cicatrice d'un lymphadénome.)** *Journal de Méd. de Bordeaux. No. 2. 1896.*

Bei einer Frau beobachtete Verf. 5 Monate nach der Exstirpation eines Lymphadenoms der Nasenhöhle in der Narbe die Entwicklung eines Schleimpolypen, dessen vollständige Gutartigkeit durch die mikroskopische Untersuchung erwiesen wurde.

E. J. MOURE.

37) **Alfred Stieda** (Rostock). **Ueber Knochenblasen in der Nase.** *Arch. f. Laryngologie u. Rhinologie. 1895. Bd. III. Heft 3.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von Knochenblasenbildung in der Nase, die in der Körner'schen Poliklinik zur Beobachtung kamen. Die histologische Unter-

suchung der mit dem Conchotom abgetragenen Tumoren spricht dafür, dass entzündliche Processe an der Blasenwand für das Wachsthum der Knochenblasen verantwortlich zu machen sind. Es fanden sich Entzündungserscheinungen am Periost und an der Schleimhaut, die letzteren offenbar älteren Datums als der periostitische Process. Bemerkungen über die Symptomatologie und Therapie der Knochenblasen schliessen die kurze Arbeit. F. KLEMPERER.

38) **S. Meyerson** (Warschau). **Nachtrag zu den Literaturangaben in vorstehendem Aufsatz.** *Arch. f. Laryngologie u. Rhinologie. 1896. Bd. IV. H. 1.*

Stieda hat eine 1893 erschienene Arbeit M.'s übersehen.

F. KLEMPERER.

39) **W. Freudenthal. Rhinosclerom. (Rhinoscleroma.)** *N. Y. Medical Record. 1. Februar 1896.*

Eine interessante und vollständige Zusammenstellung der Literatur dieser in den Vereinigten Staaten seltenen Affection, gefolgt von einer sorgfältigen Krankengeschichte. Der Patient verweigerte Injectionen von Rhinosclerin, so dass bezüglich der Therapie der Fall Neues nicht lehrt. LEFFERTS.

40) **Freudenthal. Rhinosclerom. (Rhinoscleroma.)** *N. Y. Medical Record. 14. März 1896.*

Das Rhinosclerom ist eine chronisch hypertrophische Entzündung der Schleimhaut und des submucösen Gewebes der oberen Luftwege, die in der Nase beginnt und sich bis in die Trachea hinab ausdehnt. Die Erkrankung fängt gewöhnlich mit einer Verdickung und Induration der Haut am Septum cutaneum narium an. Die Nase wird breiter und platter, ihre Spitze nähert sich der Oberlippe. LEFFERTS.

41) **Beverley Robinson. Die galvanokaustische Schlinge bei Sarcom der Nase. (The galvano-cautery wire in sarcoma of the nares.)** *N. Y. Medical Record. 8. Februar 1896.*

Es ist von vornherein gewiss angenehmer mit der Schlinge zu operiren, als sofort radical mit Kieferresection etc. vorzugehen. Ob es aber im Interesse des Kranken liegt, der schliesslich doch dem Chirurgen zufällt? LEFFERTS.

42) **Brindel. Gelapptes Pflasterzellen-Epitheliom der Nase und der Thränenwege. (Epithelioma pavimenteux lobulé des fosses nasales et des voies lacrymales.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. No. 2. 1896.*

Der Tumor wurde bei einem Manne beobachtet, auf der linken Seite. Er erfüllte die ganze Nasenhöhle und bildete am inneren Augenwinkel eine Hervorragung. Verf. nimmt an, dass die Thränenwege den Ausgangspunkt der Geschwulst bildeten. E. J. MOURE.

43) **E. G. Boyd. Eine Verbesserung der Wright'schen Nasenschlinge. (An improvement of Wright's nasal snare.)** *N. Y. Med. Record. 4. Januar 1896.*

In der Canüle des bekannten Instrumentes ist eine verschiebbare Nadel angebracht, die den zu exstirpirenden Tumor durchbohrt und fixirt.

LEFFERTS.

44) **S. Goldstein. Ein verstellbares selbsthaltendes Nasenspeculum. (An adjustable self-retaining nasal speculum.)** *N. Y. Medical Journal. 1. Februar 1896.*

Das Speculum („ein Thudichum") wird durch ein um den Kopf des Pat. befestigtes brillenartiges Gestell in dem Nasenloch festgehalten. LEFFERTS.

45) **Mac Naughton Jones. Ein paar neue rhinologische und otologische Instrumente. (Some new rhinological and otological appliances.)** *Lancet. 30. Mai 1896.*

Abbildungen eines Rheophors für den Catheter der Tuba Eustachii, eines Turbinotoms; ferner nasale Bougies, von den Mackenzie'schen ein wenig abweichend. Sämmtlich zu beziehen von Arnold u. Sons. ADOLPH BRONNER.

46) **Hans Daae** (Christiania). **Ein Apparat zur Ausspritzung der Nase.** *Arch. f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. IV. H. 1. 1896.*

Zur Vermeidung von Complicationen seitens der Ohren spritzt D. die Nase mit einem gewöhnlichen Nelatoncatheter aus, dessen Ohr zugenäht ist, während der vordere Theil in einer Ausdehnung von 8 cm (für Kinder 5 cm) durchlöchert ist. Der Catheter wird, nachdem er an die Ballonspritze befestigt ist, in die Nase eingeführt, soweit die Löcher reichen. F. KLEMPERER.

47) **F. S. Milbury. Conchotom; eine neue schneidende Zange für die Nase. (A new nasal cutting forceps or conchotom.)** *N. Y. Med. Journal. 27. Juni 1896.*

M.'s Instrument öffnet sich nicht, wie die meisten anderen, vertical, sondern seitlich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

48) **W. Freudenthal. Ein Nasenbeutel.** *Archiv für Laryngologie u. Rhinologie. IV. 2. 1896.*

Beschreibung und Abbildung eines Gummibeutels, den F. mit Eis gefüllt zur Stillung von Nasenblutungen und mit heissem Wasser gefüllt zur Coupirung acuten Schnupfens auf die Nase auflegen lässt. F. KLEMPERER.

c. Mundrachenhöhle.

49) **Lewis H. Miller. Angeborene doppelte Fistel der Unterlippe eine überzählige Nase vortäuschend. (Congenital double fistula of the lower lip simulating a supernumerary nose.)** *N. Y. Med. Record. 18. Januar 1896.*

Der oben angedeutete Defect ist ein ebenso seltener wie eigenartiger, selbst wenn er beim Kinde gefunden wird; beim Erwachsenen aber und so ausgesprochen, wie in dem vorliegenden Fall, darf er wohl als Unicum angesehen werden.

Die 70jährige Dame hatte ausser der fraglichen Missbildung eine Gaumenspalte mit Verdoppelung der Uvula; im Uebrigen schien sie gesund und gut ent-

wickelt. Bei geschlossenem Munde war nichts von der Deformität zu sehen infolge der Gewohnheit, die sie angenommen hatte, die Unterlippe unter die oberen Schneidezähne zu verstecken. Beim Oeffnen des Mundes aber trat vor den unteren Schneidezähnen eine nasenähnliche Bildung zu Tage; es sah aus, als ob durch eine plastische Operation eine Nase an die Innenseite der Unterlippe gesetzt wäre. Die Oeffnungen, die Nasenlöchern glichen, erstreckten sich etwa 2 cm tief in die Dicke der Lippe hinein. Sie waren mit Schleimhaut ausgekleidet und endigten als Blindsäcke.

LEFFERTS.

50) **H. Lediard. Ein Warzen-Horn auf der Lippe. (A case of wart horn of the lip.)** *Lancet. 30. Mai 1896.*

Der 69jährige Patient, ein starker Raucher, trug seit 4 Jahren ein grosses warziges Horn links an der Lippe. Dasselbe wurde exstirpirt (Abbildung).

ADOLPH BRONNER.

51) **R. A. Lundie** (Edinburgh). **Geschwulst der Oberlippe. (Tumour of the upper lip.)** *Edinburgh Med. Journ. Januar 1896.*

Mittheilung der Krankengeschichte und Demonstration des Präparates. Die Geschwulst war ein Endotheliom, das myxomatös degenerirt war und Spuren von Knorpel aufwies.

P. MC BRIDE.

52) **Korff** (Freiburg). **Ein Beitrag zur Behandlung der Actinomycose.** *Memorabilien. XL. 2. 1896.*

Bei einer 23jährigen schwangeren Frau wurde ein anscheinend gesunder Zahn extrahirt. Genau von der Zahnlücke, die wiederholt durch Beissen auf Aehren und Halme insultirt und bei dieser Gelegenheit inficirt wurde, ging eine allmählich den Gaumen und die ganze Wange durchsetzende Infiltration aus, von der weitere Infectionsherde nach Hals, Nacken und Kopf sich ausbreiteten. Die Behandlung war eine gemischte. Wo sich deutlich Fluctuation zeigte, wurde incidirt, mit scharfem Löffel und Scheere alles Kranke entfernt und die Höhle mit dem Thermokauter ausgebrannt. In der Umgebung dieser Herde wurden reichlich und wiederholt Injectionen von 5proc. Carbol- und 1prom. Sublimatlösungen, auch Jodoformäther vorgenommen. Im Verlauf von 18 Monaten wurde durch 60 Incisionen und über 100 Injectionen Heilung erzielt.

SEIFERT.

53) **Zandy** (Wesel). **Ueber die Tuberculose der Alveolarfortsätze.** *Archiv für klin. Chirurgie. 52. Bd. 1. Heft. 1896.*

Die Tuberculose der Alveolarfortsätze hat eine Prädilectionsstelle nicht, gleichgiltig ob primär oder secundär findet sie sich bald an den Alveolarfortsätzen des Oberkiefers, bald an denen des Unterkiefers, bald im Bereich der Schneidezähne, bald an den Molaren, oft an Ober- und Unterkiefer zugleich durch directe Infection der entsprechenden Zahnfleischpartie. Als eine Sondererkrankung ist diese Form der Tuberculose nicht zu betrachten, da in den meisten Fällen andere Theile der Mundschleimhaut miterkranken. In dem von Z. mitgetheilten Falle aus der Bonner chirurgischen Klinik handelte es sich um einen 45jährigen Mann, bei welchem an den Alveolarfortsätzen des Unterkiefers symmetrisch in der

Gegend der Backzähne tuberculöse Ulcerationen zum Ausfallen der Zähne und zum Abstossen kleiner Knochenstückchen geführt hatten. Durch Auskratzen der Geschwüre wurde Heilung erzielt. SEIFERT.

54) **Hammer** (Strassburg i. E.). **22 Tumoren des Oberkiefers und angrenzender Gegenden.** *Virchow's Archiv. 1895. Bd. 142. p. 503.*

Ausführlicher Bericht über die anatomische Untersuchung von 22 Geschwülsten und zwar 20 Oberkiefertumoren, 1 Tumor des Unterkiefers und 1 der Zunge; davon sind 5 Carcinome, 10 Sarcome, 1 Myxosarcom, 1 Fibrosarcom, 1 Enchondrom, 3 Endotheliome und 1 cystischer Tumor nach dem Typus der von den Zahnkeimen abgeleiteten. Aus den Ergebnissen der sorgfältigen Untersuchungen sei nur hervorgehoben, dass an den Kieferknochen, speciell am Proc. alveol. und auch an den Nasenmuscheln eine Neubildung erhebliche Ausdehnung gewinnen kann, ohne wesentliche äussere Verunstaltung zu verursachen. Die Knochensubstanz wird von innen her völlig durch Geschwulstmasse ersetzt und der Knochen behält dabei seine alte Form, ist höchstens etwas vergrössert.

F. KLEMPERER.

55) **Fraser** (Dublin). **Zwei Missbildungen der Zähne. (Two dental malformations.)** *Dublin Journal of Med. Sciences. März 1896.*

Ein invertirter Weisheitszahn am Kiefer eines Menschen und eine Zahndeformität bei einer Ratte. P. MC BRIDE.

56) **Pasteau. Gestieltes Fibrom des Zahnfleisches mit seröser Flüssigkeit infiltrirt. (Fibreme pediculé de la gencive infiltré de serosité.)** *Société anatom. Paris. 21. Februar 1896.*

42jährige Frau, die fast alle Zähne verloren hatte. Vor 3 Jahren hatte sie zuerst einen kleinen Tumor am Zahnfleisch der Innenfläche des linken Unterkiefers bemerkt. Die Geschwulst war gestielt, beweglich, fest, nicht schmerzhaft; sie wurde mit der Schlinge entfernt. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um ein serös infiltrirtes Fibrom handelte. A. CARTAZ.

57) **Givel** (Payerne). **Angeborene Geschwulst am Zahnfleisch. (Tumeur congénitale de la gencive.)** *Revue méd. de la Suisse romande. H. 3. 1896.*

Kleinfingerbeergrosse, cylindrische Geschwulst von der Farbe des Zahnfleisches etwas rechts von der Mittellinie am Alveolarrand des Unterkiefers aufsitzend. Das abgebrochene Geschwülstchen erweist sich mikroskopisch als Granulom oder als Sarcom im ersten Entwicklungsstadium. — Jetzt, 6 Jahre später, ist noch kein Recidiv eingetreten und das Kind sehr gut entwickelt.

JONQUIÈRE.

58) **Monnier** (Paris). **Polyp der Mundschleimhaut. (Polype de la muqueuse buccale.)** *Soc. anatom. 26. Juni 1896.*

Es handelte sich um zwei kleine Polypen — nach der histologischen Untersuchung Fibro-Lipome —, die sich auf der Wangenschleimhaut entwickelt hatten.

LUC.

59) **Bidwell. Speichelfistel. (Salivary fistula.)** *British Medical Journal. 14. März 1896.*

Demonstration eines 45jährigen Mannes am 6. März 1896 vor der West London Medico-Chirurgical Society, der in Folge eines Parotisabscesses eine Speichelfistel acquirirt hatte. Nach zweimaliger Operation war vollständige Heilung erzielt.

SEMON.

60) **W. Ebstein. Einige Mittheilungen über die durch das Maul- und Klauenseuchengift beim Menschen veranlassten Krankheitserscheinungen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 9 u. 10.*

E. berichtet 3 Krankheitsfälle, die seiner Ansicht nach durch das Gift der Maul- und Klauenseuche bedingt waren und einen 4. Fall, in dem er die Erscheinungen im Munde auf Einwirkung von Crotonöl zurückführt. Im ersten Fall handelt es sich um einen Mediciner, welcher mit Stomatitis aphthosa und ausgedehntem maculo-papulösem und erythematösem Exanthem erkrankte nach dem Genuss von Quarkkäse; der 2. Fall betraf ein Kind mit Stomatitis aphthosa, dasselbe war mit Ziegenmilch genährt. Der 3. Fall einen 19jährigen Schlächter mit einem diphtheroiden Gaumengeschwür und erythematösem Exanthem am linken Arm. Diese 3 Fälle verliefen fieberlos in Heilung in etwa 2 Wochen.

E. betont, dass er keine Bläschen auf der Schleimhaut sah, sondern granulöse Infiltrate mit geröthetem Grunde; er betont ferner die Verschiedenheit des Hautexanthems, das nicht dieselbe Localisation, auch nicht seinen einheitlichen Charakter trägt. Gegen die ätiologische Bedeutung der Siegel'schen Befunde führt er die Schottelius'schen und Schlatter'schen Untersuchungen an. Von einer bakteriologischen Diagnose müsse man noch Abstand nehmen. Die Incubation betrage 3—4 Tage. Darmerscheinungen, die Siegel regelmässig fand, sah er nicht.

E. ist geneigt, alle aphthösen Erkrankungen auf das Maul- und Klauenseuchengift zurückzuführen.

Der 4. Fall, der mit dem Tode endete durch Pneumonie, steht mit dem Thema nur in lockerem Zusammenhang.

LANDGRAF.

61) **Brandt. Chirurgie der Mundhöhle und Prothese.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 23. 1896. Deutsche med. Wochenschr. 1896. Vereins-Beilage No. 16.*

Br. hält dafür, dass es auch nur in der grösseren Zahl der mit Gaumenspalten Behafteten nicht gelungen ist, durch die Operation befriedigende Erfolge zu erzielen. Die günstigen Fälle beschränken sich auf nicht zu umfangreiche Defecte.

Diesen Standpunkt bekämpft in der Discussion sehr energisch J. Wolff, dem sich Gutzmann anschliesst.

LANDGRAF.

62) **G. L. Curtis. Empfehlung conservativer Tendenzen in der Mundchirurgie. (A plea for conservative oral surgery.)** *N. Y. Med. Journal. 27. Juni 1896.*

Verf. erklärt, dass der gut ausgebildete Zahnarzt die Chirurgie der Mundhöhle besser versteht, als der nur allgemein chirurgisch erzogene Chirurg; er

empfiehlt, in geeigneten Fällen lieber mit einem geschickten Dentisten, als mit dem Chirurgen zu consultiren. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

63) **Chas. L. Dana. Deformität und Lähmung des Zäpfchens als Stigma degenerationis. (Deformity and paralysis of the uvula as a stigma degenerationis.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Mai 1896.*

Verf. hat 108 Geisteskranke mit Rücksicht auf Gestalt, Grösse und Innervation der Uvula untersucht und bei 53 von ihnen, also fast 50 pCt., Deformitäten derselben gefunden. Die häufigste Eigenthümlichkeit war eine Drehung nach einer Seite, nach links oder rechts in gleicher Weise vorkommend, doch etwas häufiger nach links. Insgesammt wurde diese Drehung der Uvula 32 mal, d. i. bei nicht ganz 31 pCt. beobachtet. Das Vorkommniss war ungleich häufiger bei den degenerativen Formen von Geisteskrankheit (19 mal unter 35 Fällen, also über die Hälfte), als bei den erworbenen Geisteskrankheiten (13 mal unter 69 Fällen).

Hypertrophie und Verlängerung der Uvula waren nicht besonders häufig und bei den degenerativen und nicht-degenerativen Formen etwa gleich stark vertreten. Eine Uvula bifida wurde in keinem der Fälle gefunden. Dies stimmt mit D.'s Ansicht überein, dass die Gaumenspalte kein Stigma ist, d. h. richtiger ausgedrückt keinen Defect der nervösen Organisation bedeutet. Dieselbe ist vielmehr eine accidentelle Störung in der Entwicklung der Knochen.

Was das Geschlecht anlangt, so traf die Drehung der Uvula 32 pCt. des männlichen gegen 29 pCt. des weiblichen Geschlechts. Unter den degenerativen Geisteskrankheiten dagegen war die Deformation der Uvula häufiger bei Frauen, als bei Männern (8 mal unter 14 Frauen gegen 11 mal unter 25 Männern).

In Bezug auf die Innervation der Uvula wurden 51 Fälle geprüft. Das Zäpfchen contrahirte sich in 24 Fällen und blieb bewegungslos in 27 Fällen. Bei 57 Patienten mit den verschiedensten Nervenkrankheiten — Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie, Alkoholismus, Tabes u. s. w. — wurde ebenfalls die Innervation des Zäpfchens geprüft. Es fand sich 3 mal Uvula bifida (1 mal unvollkommen), 13 mal Drehung des Zäpfchens und 1 überzähliges Zäpfchen. Der Procentsatz der gedrehten Uvula beträgt also 22 pCt. gegen 31 pCt. bei Geisteskranken. Von normalen Personen untersuchte Dr. Mary E. Henessey nahezu 100 Hälse nach dieser Richtung mit negativem Erfolg; die Uvula war durchweg in monotonster Weise regulär gebaut. [Nach meiner Erfahrung ist Schiefstang der Uvula bei sonst völlig normalen Personen durchaus nichts seltenes. F. S.] Dana selbst untersuchte 54 nicht neurotische Individuen und fand nur bei 7 Abnormitäten des Zäpfchens (13 pCt.)

Dana glaubt aus diesen Untersuchungen den sicheren Schluss ziehen zu können, dass das Vorhandensein eines nach einer Seite gewundenen und nicht richtig innervirten Zäpfchens ein anatomisches und physiologisches Degenerationszeichen ist [? Red.]. Die Drehung beruht auf einer ungleichen Entwicklung der Nervenversorgung beider Seiten und die Degeneration des Zäpfchens ist a priori als Ausdruck ungleicher und fehlerhafter Innervation zu betrachten. Man berühre den Hals degenerirter Personen, schliesst D., und in mehr als der Hälfte der Fälle wird der Musc. azygos nicht reagiren. LEFFERTS.

64) **H. O'Reilly. Uvulotomie. (Uvulotomy.)** *Americ. Practitioner and News. 25. Januar 1896.*

Bericht über 4 Fälle; nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

65) **Landgraf. Zur Pathologie des weichen Gaumens.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1896. No. 10.*

L. fand bei 2 Pat., die mit Klagen über unangenehme aber genau localisirte Empfindungen im Halse zu ihm kamen, als Sitz dieser Beschwerden unmittelbar neben der Uvula gelegene Krypten, deren Oeffnung zwischen vorderem und hinterem Gaumenbogen an der Basis der Uvula gelegen war. Diese Gebilde sind von Tourtual und Merkel beschrieben. Autoreferat.

66) **Fronhöfer** (Berlin). **Die Entstehung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte in Folge amniotischer Adhäsionen.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 52. Bd. 4. Heft. 1896.*

In 5 Fällen von Hasenscharte, welche in der Königl. Universitätspoliklinik in Berlin zur Beobachtung kamen, war der Einfluss der Erblichkeit auf's deutlichste ausgesprochen. Bezüglich der Entstehung der Gaumenspalten spricht sich F. dahin aus, dass die Adhäsionen (Simonart'sche Bänder) intrauterin durch ihre Festigkeit, ferner direct und indirect durch ihre Zugrichtung und die dabei sich entwickelnde Kraft in gleichzeitiger Verbindung mit der Druckwirkung durch die Eihüllen, derartig auf die gesichtsbildenden Theile, also speciell auf die Oberkieferregion wirken, dass die Vereinigung des Oberkiefers und der Lippe in den physiologischen Spalten durch sie verhindert wird und deshalb die Spaltbildungen in dieser Gegend, mithin die Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte diesen amniotischen Anhängseln in den angeführten Fällen ihren Ursprung verdanken. SEIFERT.

67) **George A. Raymond. Mechanische Behandlung der angeborenen Gaumenspalte. (Treatment of congenital cleft palate by mechanism.)** *Journ. of medicine and science. Februar 1896.*

Die Staphylorrhaphie reicht wohl chirurgisch aus, aber nicht in physiologischer Hinsicht; Verf. empfiehlt deshalb Deckung des Defectes mittelst Apparates.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

68) **Delorme. Ein Verfahren zur Deckung ausgedehnter Substanz-Verluste am Gaumengewölbe. (Un procédé de restauration des pertes de substances étendues de la voûte palatine.)** *Acad. de Médecine. 19. Mai 1896.*

Die autoplastische Operation D.'s gestattet Defecte von 3, 4 und 5 cm Länge und 2—3 cm Breite zu schliessen. D. löst von der Wange einen Schleimhautlappen ab, dessen hinten festhaftende Basis dem Interdentärraum entspricht. Dieser Lappen wird so gedreht, dass seine Ränder an denen des Defectes sich fixiren lassen. Um zu vermeiden, dass die Basis des Lappens etwa von den Zahnreihen durchschnitten wird, wird ein besonderer Apparat zwischen diese gelegt, der sie auseinander hält, bis der geeignete Moment zur Durchschneidung des Stieles gekommen ist. LUC.

69) **J. Darier** (Paris). **Perforirendes Geschwür des Gaumensegels. (Ulcère perforant du voile de palais.)** *Soc. française de dermatologie et syphil. 11. Juni 1896.*

Bei dem 22jährigen jungen Manne entstand ein erstes perforirendes Ulcus des Gaumensegels ohne sichtbare Entzündungserscheinungen und ohne vorangehende gummöse Infiltration; später kam es zu einer zweiten Perforation trotz intensiver Jodbehandlung. Bei der Unwirksamkeit der Therapie kann man an dem syphilitischen Ursprung der Ulcerationen nicht festhalten und muss die Ursache der Affection als unaufgeklärt bezeichnen. LUC.

70) **Balzer. Gangrän der Gaumenschleimhaut in einem Falle von Syphilis hereditaria tarda. (Gangrène de la muqueuse du palais dans un cas de syphilis infantile héréditaire.)** *Soc. franç. de dermat. et syphil. April 1896.*

Nach Jodkaligebrauch stiess der Schorf sich ab und es kam zur Vernarbung. Der Verf. führt die Gangrän auf eine Arteriitis syphilitica zurück. LUC.

d. Diphtheritis und Croup.

71) **William G. Bissell. Laboratoriumsversuche zur Bakteriologie der Diphtheritis. (Laboratory experience in the bacteriology of diphtheria.)** *Buffalo Medical Journal. März 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

72) **Hennig** (Königsberg). **Ueber den Werth des Diphtheriebacillus in der Praxis und die Resultate meiner Diphtheriebehandlungsmethode.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. 1896. Vereins-Beilage No. 13.*

Kurzes Referat eines auf dem Congress für innere Medicin in Wiesbaden gehaltenen Vortrags. LANDGRAF.

73) **Legendre** und **Pochon. Bemerkenswerthe Persistenz von Diphtheriebacillen im Nasenschleim. (Remarkable persistence of diphtheria-bacilli in nasal mucus.)** *Medical News. 1. Februar 1896.*

Die Verff. berichten über ein Kind, das 15 Monate lang beobachtet wurde und während dieser Zeit 3mal an Diphtherie erkrankte (einmal an Angina, einmal an Stomatitis und Rhinitis und dann an Rhinitis und Angina). Die bacteriologische Untersuchung, die 13mal zu verschiedenen Zeiten angestellt wurde, ergab stets Diphtheriebacillen, bisweilen virulent, bisweilen nicht virulent, wechselnd an Form und Grösse, bisweilen allein, bisweilen mit Staphylococcen zusammen. Unter antiseptischen Irrigationen verschwanden die Bacillen, aber beim Aussetzen dieser stellten sie sich wieder ein. Der Fall giebt eine Illustration zur Lehre von den latenten Mikroorganismen. LEFFERTS.

74) **A. Gaston Roeth. Der Micrococcus Brisou; ein Beitrag zum Studium der Diphtheritis. (Micrococcus Brisou. A contribution to the study of diphtheria.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 23. Januar 1896.*

Der von Roux und Yersin zuerst beschriebene Mikroorganismus ist seither nicht wieder beschrieben oder näher studirt worden. Er wird einfach als ein constant bei den benignen Diphtherie und Pseudodiphtherie vorkommender Pilz, und zwar zuerst im Falle des Kindes Brisou erwähnt.

Verf. studirt genau die morphologischen und culturellen Eigenschaften dieses Coccus; er hält seinen Nachweis diagnostisch von grosser Bedeutung, weil derselbe, neben dem Klebs-Löfflerschen oder dem Pseudodiphtherie-Bacillus vorkommend, stets ein günstiges Zeichen für den Ausgang des Falles ist.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

75) **Redact. Notiz. Die Anlage der Cultur zur Diagnose der Diphtheritis. (The culture tube in diagnosis of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 15. Februar 1896.*

Die neueren Arbeiten über Diphtherie haben an dem Werth der bacteriologischen Diagnose durch Züchtung der Bakterien nichts geändert; der positive wie der negative Ausfall der Cultur sind als entscheidend zu verwerthen.

LEFFERTS.

76) **H. E. Welch. Der Werth der bakteriologischen Untersuchungen für die Verhütung der Diphtherie. (The value of bacteriological examinations in the prevention of diphtheria.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 29. Februar 1896.*

Keine eigenen Beobachtungen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

77) **Herbert C. Emerson. Die bakteriologische Diagnose der Diphtheritis. (Bacteriological diagnosis of diphtheria.)** *Atlantic Medical Weekly. 7. März 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

78) **P. W. Onnen** (Utrecht). **Etwas über die Epidemiologie der Diphtherie. (Iets over de epidemiologie der diphtherie.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1896. I. No. 16.*

79) **J. A. Korteweg** (Amsterdam). **Idem.** Ibid. No. 17.

O. bekämpft mit hauptsächlich historischen Argumenten die Auffassungen von Flügge (Zeitschr. f. Hygiene und Infectionskrankh. 1895.) betreffs der Verbreitungsweise der Diphtherie. Er führt den Nachweis, dass in der Aetiologie dieser Krankheit örtliche Momente eine grosse Rolle spielen, dass namentlich Verunreinigungen des Bodens, Anhäufungen von faulenden, thierischen Substanzen der Entwickelung der Diphtherie Vorschub leisten. O. tritt für die Verbesserung hygienischer Uebelstände energisch ein und warnt vor Uebertragung der zweifelhaften Resultate bacteriologischer Forschung auf die Maassregeln der practischen Hygiene.

K. hegt Bedenken gegen die Beweiskraft der historischen Darlegungen O.'s. Er stimmt O. bei, dass neben den auf Laboratorium-Untersuchungen sich stützen-

den bacteriologischen Kenntnissen auch klinische und epidemiologische Wahrnehmungen alle Beachtung verdienen, und dass die Verbreitungsweise der Diphtherie nicht in dem Laboratorium, sondern auf dem Lande, wo einfachere sociale Verhältnisse als in den Grossstädten bestehen, erforscht werden soll.

H. BURGER.

80) **Wartmann** (St. Gallen). **Die Diphtherie im Kanton St. Gallen.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 9. 1896.*

Verf. suchte sich durch diese Arbeit genauere statistische Rechenschaft darüber zu verschaffen, in welcher Weise sich die Diphtherie in seinem Kantone epidemiologisch entwickelt habe und er gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Diphtherie zeigt im Canton St. Gallen eine deutliche, in den letzten Jahren rasche Zunahme, besonders in der Stadt St. Gallen.
2. Schwere eigentliche Epidemien sind in den letzten Jahren seltener aufgetreten als früher; die Erkrankung zeigt vielmehr endemischen Charakter mit wachsender Intensität, analog wie z. B. in Basel.
3. Die Mortalität ist durchschnittlich eine mässige.

JONQUIÈRE.

81) **Redact. Mittheilung. Diphtherie bei Katzen. (Feline diphtheria.)** *Med. News. 14. März 1896.*

17 Fälle von Diphtherie in Cecil County Maryland, U. S. A. wurden von den dortigen Aerzten auf eine inficirte Katze zurückgeführt. Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die angebliche Thatsache, dass nahezu alle herumlaufenden Katzen und Hunde an der einen oder andern Krankheit leiden, von denen einige auf Menschen übertragbar sein sollen.

LEFFERTS.

82) **Redact. Notiz. Die Vorliebe des Diphtheriebacillus für die Mandeln. (Preference of the diphtheria bacillus for the tonsil.)** *Medical News. 1. Februar 1896.*

Das Studium der Lebensbedingungen des Diphtheriebacillus wirft einiges Licht auf die specielle Neigung der Mandeln für diphtheritische Infection. Der Bacill bedarf nicht bloss des Sauerstoffs, sondern am besten und giftigsten gedeiht er unter beständigem Luftstrom. Dieser ist ihm besonders gut an der Tonsille gewährleistet. „Man könnte wohl sagen: Wenn wir einmal die Diphtherie haben müssen, dann giebt es in der That keinen geeigneteren Platz, um das Körperinnere zu attakiren, als die Tonsille.“

LEFFERTS.

83) **T. B. Hill. Die Vorliebe des Diphtheriebacillus für die Tonsille. (Preference of the diphtheria bacillus for the tonsil.)** *N. Y. Med. News. 22. Februar 1896.*

Verf. behandelt nasale Diphtherie mit der Methode der „todten Luft“; er tamponirt die vordere Nase mit Watte und grenzt dadurch die Giftproduction ab; denn da der nöthige Luftstrom fehlt, kann das Toxin zu der Tonsillargegend nicht hingelangen.

LEFFERTS.

84) **James H. Sequeira. Chronische Rachenleiden und ihre Beziehungen zur Diphtheritis. (Chronic pharyngeal affections and their relations to diphtheria.)** *British·Medical Journal. 18. Januar 1896.*

Vortrag, gehalten in der Hunterian Society, am 8. Januar 1896. — Der Vortragende ging von dem Standpunkte aus, dass die Diphtheritis eine specifische, durch einen Bacillus verursachte Krankheit sei, und besprach die Frage des Eindringens dieses Bacillus in die Luftwege. Er bezog sich auf die von St. Clair Thomson und Hewlett constatirte Thatsache (Vgl. Cbl.), dass die durch die Nase filtrirte Athmungsluft de facto frei von Keimen sei, und zog hieraus den Schluss, dass Umstände, welche zur Mundathmung beitrügen, einen prädisponirenden Factor für das Auftreten der Diphtheritis bilden müssen. Er lenkte die Aufmerksamkeit auf die Tiefe der Krypten der Tonsillen, in denen Bacillen ungestört sich ablagern könnten, und auf die gestörte Vitalität der Tonsillenschleimhaut während eines Catarrhs. Aus diesen beiden Prämissen zog er folgende Schlüsse:

1. Hypertrophie der Tonsillen und adenoide Vegetationen wurden hauptsächlich bei Kindern im Alter von 2 Jahren bis zur Pubertät angetroffen, und 80 pCt. der Fälle von Diphtheritis entfallen auf dieselbe Lebensperiode;

2. Diese Rachenaffectionen sind selten nach dem Alter von 30 Jahren, und nur 3 pCt. von Diphtheritisfällen kommen nach letztgenannter Lebensperiode vor.

3. 72,5 pCt. von 40 Fällen von Diphtheritis, welche der Vortragende untersucht hatte, wiesen Zeichen von Tonsillarhypertrophie auf;

4. Diphtheritis ist eine gewöhnliche Folgeerscheinung des Scharlachfiebers, welches die Tonsillen schwer afficirt und häufig zu Mundathmung führt.

In der Discussion sprach Dr. Frederick J. Smith seine Meinung dahin aus, dass adenoide Vegetationen, vergrösserte Mandeln und catarrhalische Affectionen nicht ausreichen, um die Gesammtvulnerabilität bei der Diphtheritis zu erklären; noch ein Anderes müsse hinzugerechnet werden, nämlich eine allgemeine constitutionelle Verminderung der Resistenzfähigkeit gegen Infection. — Dr. Hingston Fox betonte die Wichtigkeit der Familiendisposition, und sagte, er kenne andererseits viele Familien, welche vollständig immun gegen die Diphtheritisinfection zu sein schienen. — Dr. A. Davies sprach von der Häufigkeit der Diphtheritis als einer Folgeerscheinung des Scharlachfiebers, die ihm in seiner Erfahrung begegnet war. — Dr. P. Warner citirte einen Fall von einfacher Tonsillitis, in dem keine Diphtheriebacillen gefunden wurden, bei der Wärterin eines Diphtheritiskranken. — Dr. Goodall war ganz und gar nicht überzeugt, dass chronische Halsleiden zur Diphtheritis prädisponirten (? Red.); er erkannte die Diphtheritis als eine Folgeerscheinung des Scharlachfiebers an, meinte aber, dass sie äusserst unregelmässig auftrete, und bald nur eine geringe, bald eine grosse Proportion der Reconvalescenten von Scharlachfieber afficirte. — Der Präsident, Mr. Charters Symonds, gedachte zweier Fälle von Entfernung von adenoiden Vegetationen, welche leider nach der Operation der Diphtheritis erlegen waren. Dr. Sequeira antwortete kurz.

SEMON.

85) **Reiche. Zur Pathologie der Diphtherie.** *Münch. med. Wochenschr. 1896. No. 15.*

Bestätigung und Erörterung der Untersuchungen von Brandt, Fürbringer, Tischl, Oertel, v. Kahlden, Bernhard, Felsenthal über diphtherische Nierenläsionen. Die Details sind im Original zu lesen. SCHECH.

86) **Schlesinger** (Berlin). **Die Leukocytose bei Diphtherie.** *Archiv f. Kinderheilk. XIX. 5. 6. 1896.*

Von 24 Fällen zeigten bei der Aufnahme 21 eine mehr oder weniger hochgradige Hyperleucocytose, die sich bei günstigem Ausgang der Erkrankung verminderte, bei ungünstigem Ausgang bestehen blieb. Nach der Injection von Heilserum machte sich eine beträchtliche und rapide Abnahme der Leucocytenmenge bemerkbar, darnach trat wieder eine Zunahme derselben ein, jedoch nicht mehr in so hohem Grade wie vor der Injection. SEIFERT.

87) **A. Luyten. Croup und Angina strangulatoria.** *Medisch Weekblad. II. No. 41. 11. Januar 1896.*

L. vertheidigt die völlige Unabhängigkeit der Diphtherie von Croup.

H. BURGER.

88) **M. Nicoll. Postdiphtherische Lähmung. (Post-diphtheritic paralysis.)** *Arch. Pediatr. (N. Y.) April 1896.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

89) **Redact. Mittheilung. Accomodationslähmung nach Diphtherie. (Paralysis of accomodation following diphtheria.)** *The Med. Bulletin. März 1896.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

90) **James H. Mc Kee. Ein ungewöhnlich milder Fall von Diphtheritis. (An unusually mild case of diphtheria.)** *The Philadelphia Polyclinic. 1. Februar 1896.*

Nichts Besonderes. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

91) **J. E. Kelly. Septicämie nach Diphtherie; Behandlung mit Streptococcen-Serum; Heilung. (Septicaemia following diphtheria; treatment by streptococcus antitoxine; recovery.)** *N. Y. Medical Journal. 22. Februar 1896.*

Der Pat. hatte eine schwere Streptococcen-Infection, die durch 8tägige Behandlung in nichts gebessert wurde. Er kam dann ins Spital und erhielt Serum-Injectionen; wenige Stunden nach der ersten trat eine Reaction ein, die unter weiteren Injectionen bis zu völliger Heilung vorschritt. Im Ganzen erhielt der Pat. 150 ccm Streptococcen-Serum; unangenehme Nebenwirkungen traten nicht auf. Das Serum stammte von einem Pferde, das im Laufe von 8 Monaten subcutan und intravenös im ganzen fast 2000 ccm stark virulenter Streptococcen-Cultur erhalten hatte. Nach der letzten Injection bis zum Aderlass des Pferdes waren vier Wochen vergangen. LEFFERTS.

92) **W. H. Seibert. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Journ. Americ. Med. Assoc. 22. Februar 1896.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

93) **William E. Leonard. Einige praktische Winke betreffend die Diphtheritis. (Some practical hints concerning diphtheria.)** *Babyhood. März 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS.)

94) **Sziklai. Pilocarpin als Prophylacticum gegen Diphtheritis. (Pilocarpine as a prophylactic in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 18. Januar 1896.*

Verf. empfiehlt das Pilocarpin aufs wärmste als Prophylacticum gegen Diphtherie; er stellt es über das Heilserum. Er giebt von einer 1proc. Lösung 3mal täglich 10 Tropfen, bei Kindern unter 1 Jahr reicht die Hälfte dieser Dosis aus. Das Pilocarpin verhütet nach S.'s Ansicht die Membranbildung; das Mittel hat der Diphtherie gegenüber denselben Werth, den Chinin für Malaria besitzt.

LEFFERTS.

95) **W. Miloslawski** (Saratow). **Behandlung der Diphtheritis mit Myrrhae. (K letscheniju diphtherita myrrhoi.)** *Saratow. sanit. obosr. N. Y. Medical Journal. 15. Februar 1896.*

Behandelt wurden 42 Patienten, darunter 12 schwere, 20 mittelschwere und 10 leichte Fälle. Es starben im Ganzen 3, also 7 pCt. Gebraucht wurden die Myrrhae intern als 2proc. Infus, je nach dem Alter von 1 Theelöffel bis zu 1 Esslöffel mehrmals täglich, äusserlich als Gurgelungen (2 : 100) und als Pinselungen mit der reinen Myrrhae-Tinctur 4—5mal täglich. Nach Prof. Binz bewirken 30 Tropfen der Tinctur, innerlich genommen, eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen bis aufs 4fache und dadurch will M. die Wirkung der Myrrhae bei der Diphtherie erklären. LUNIN.

96) **Pressel** (Zuffenhausen). **Mittheilungen über den Erfolg der Diphtherie-Behandlung mit Schwefel in Verbindung mit chlorsaurem Kalk.** *Med. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 17. 1896.*

Das Verfahren ist das von Liebermeister geübte, wonach Sulfur. sublim. crudum 5mal täglich mittelst Ballonbläsers über beide Tonsillen geblasen wird, während die Pat. in den Zwischenpausen chlorsaures Kali in 2—4proc. Lösung, je nach dem Alter erhalten. Nach dieser Methode wurden in der Zeit von Juni 1893 bis Ende Januar 1894 187 Fälle behandelt mit 8 pCt. Todesfällen, von Anfang Februar 1894 noch weitere 60 Fälle, welche alle genasen. SEIFERT.

97) **Frederick W. Bartlett. Zur Behandlung der Diphtheritis. (Treatment of diphtheria.)** *Buffalo Medical Journal. März 1896.*

2stündl. Insufflation eines aus Chinin (20), Menthol, Thymol u. Schwefel (aa 10) zusammengesetzten Pulvers. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

98) **A. E. Mc Bride. 25 Fälle von Diphtheritis mit 1 Todesfall. (Twenty five cases of diphtheria with one death.)** *The Medical Brief. März 1896.*

Die Fälle wurden local mit Antisepticis und innerlich mit Sublimat behandelt. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

99) **F. N. Jaeger. Intubation bei membranösem Croup; mit ein paar Krankengeschichten. (Intubation in membranous croup with report of several cases.)** *Codex Medicus. März 1896.*

Bericht über 2 geheilte Fälle. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

e. Kehlkopf und Luftröhre.

100) **A. Baurowicz. Ein Fall von Kehlkopffractur. (Rzadki przypadek złamania chrząstki obrączkowej.)** *Przeglad lekarski. No. 4, 5, 7. 1896.*

Bei einem 36jährigen Arbeiter trat in Folge eines Traumas der Larynxgegend Haemoptoe auf, ferner Heiserkeit und progressiv zunehmende Athemnoth. Laryngoskopisch wurde ein reichliches Extravasat auf der Schleimhaut der rechten seitlichen Larynxwand, sowie auch starke Schwellung der beiden Arytaenoidalgegenden, besonders der rechten, Schwellung der beiden Stimmbänder und in der Incisura arytaenoidea ein Riss der Schleimhaut beobachtet.

In Folge der zunehmenden Athemnoth wurde der Kranke tracheotomirt. Nach einigen Tagen wurde, nachdem die Schwellung des inneren Kehlkopfes abgenommen hatte, vom Verf. constatirt, dass die hinteren Theile des rechten Arytaenoidknorpels gesprengt waren, was auch später mit der Sonde constatirt wurde. 2 Monate später wurde eine Laryngofissur gemacht und die Excision der verdickten Subchordal-Wülste vorgenommen. Nach der Entfernung der Canüle konnte der Kranke als gesund entlassen werden. (Ein ähnlicher Fall wurde vom Referenten beobachtet und in der Berliner klin. Wochenschrift 1890, No. 40 veröffentlicht.) A. v. SOKOLOWSKI.

101) **E. L. Bell. Complicirte Fractur des Schildknorpels. (Compound fracture of thyroid cartilage.)** *N. Y. Med. Record. 28. März 1896.*

Der Pat., ein 29jähriger Viehknecht, wurde beim Verladen der Viehes auf ein Schiff von einem Stier am Halse verwundet. Bei der Untersuchung fand man eine grosse und tiefe, unregelmässige Wunde in der Mitte des Halses. Von den grossen Muskeln, die Larynx und Luftröhre bedecken, hingen nur noch Fetzen umher. Der Schildknorpel war in der Mittellinie vollständig durchtrennt; der rechte Flügel desselben war fracturirt, ebenso der Ringknorpel und die Membrana crico-thyreoidea. Die Trachea war bis zum Sternum herab eröffnet. Die Schilddrüse war anscheinend ganz zerstört. — Ausser vorübergehenden reflectorischen Glottisspasmen und einer leichten Dyspnoe schien Pat. keine Beschwerden zu haben. Die Behandlung bestand in Reinigung der ganzen Wunde mit schwacher Sublimatlösung, Abtragung der losen Theile und schichtweiser Vernähung der Knorpel, dann der Fascie, zuletzt der Haut mit sterilisirter feiner Seide; darüber ein antiseptischer Verband. LEFFERTS.

102) **Gottfried Scheff** (Wien). **Ueber Fracturen der Kehlkopfknorpel auf Grund experimenteller Versuche mit Demonstration eines darauf bezüglichen Prä-**

parates. Vortrag, gehalten in der laryngologischen Gesellschaft am 9. I. 1896. *Wiener med. Wochenschr. No. 17 u. 18. 1896.*

Scheff citirt einen der seltenen Fälle von Fractur des Ringknorpels, entstanden durch Hufschlag. Hierbei war die Ringknorpelplatte fast vollständig ausgeschlagen worden, indem linkerseits die Platte vollständig, rechts unvollständig vom Ringe abgetrennt wurde. Autor weist auf die Seltenheit dieser Art von Fractur hin, ferner auf die Schwierigkeit der Diagnose dieser Fälle in vivo, da meist ausgedehntes Hautemphysem vorhanden. Der Fall verlief letal. Er warnt davor, aus vorhandener Crepitation gleich auf Fractur zu schliessen, da solche sehr häufig auch bei ganz normalem Kehlkopfe nachweisbar sei und ergeht sich nun im Allgemeinen über Fracturen der ossificirten, ossificirenden und nicht verknöcherten Knorpel des Kehlkopfes, die nach Cavasse verschiedene typische Brüche darböten und je nach dem Alter leichter oder schwerer fracturiren, schliesslich über consecutive Verletzungen der Stimmbänder, die er recht häufig nachweisen konnte.

CHIARI.

103) **König. Plastische Operation zur Deckung eines von einem Selbstmordversuch herrührenden Loches an der Vorderfläche des Halses.** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 25.*

Der Schnitt war nicht genau zwischen Zungenbein und Kehlkopf gegangen, und es war ein Stück vom Kehlkopf abgeschnitten. Man sah durch das Loch nach oben in den Pharynx, nach unten in den Larynx. K. machte nach vorhergeschickter Tracheotomie einen Hautperiostknochenlappen vom Kinn und deckte mit demselben — die Haut nach innen — das Loch, so ein starres nicht nachgebendes, der einströmenden Luft widerstehendes Rohr schaffend. Die Methode war möglich, da der Fall ein junges Mädchen betraf; beim Mann wäre sie unbrauchbar, da ja die Kinnhaare in die Trachea wachsen würden.

LANDGRAF.

104) **v. Eiselsberg** (Königsberg). **Zur Resection und Naht der Trachea.** *Dtsch. med. Wochenschr. 1896. No. 22.*

Verf. berichtet über 1 Fall, in welchem nach einem Selbstmordversuch, bei dem die Trachea quer völlig durchtrennt war, das untere Ende axial mit der Haut verwachsen war, während das obere Ende vom 2. Trachealring nach abwärts verengert war und in einen blind auslaufenden Narbenkegel analog einer zugeschmolzenen Glasröhre endigte. Es gelang beide Enden auszulösen, quer anzufrischen und zu vereinigen. 8 Wochen nach der Operation war völlige Heilung eingetreten, die Athmung ganz frei, Sprache normal, trotz linksseitiger totaler Recurrenslähmung und rechtsseitiger Posticusparese. v. E. bespricht dann die Technik der Operation.

LANDGRAF.

105) **Richelot. Die Laryngotomia intercrico-thyreoidea. (La laryngotomie inter-crico-thyroidienne)** *Soc. de chirurgie et Acad. de Médecine. April 1896.*

Verf. empfiehlt diese Operation, die vor der Tracheotomie beim Erwachsenen den Vorzug verdient, weil sie leichter ausführbar und weniger gefährlich ist, besonders bei Personen mit kurzem, fetten Halse.

LUC.

106) **Lichtwitz. Traumatische Längsspaltung des rechten Stimmbandes verursacht durch einen Fremdkörper mit scharfen Rändern. (Division longitudinale traumatique de la corde vocale droite occasionée par un corps étranger a bords tranchants.)** *Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. No. 1. Januar 1896.*

Ein Kind verschluckte beim Spielen eine kleine Bleifigur mit scharfen Kanten; dieselbe wurde nach gemachter Thyreotomie extrahirt. Später sah man bei der laryngoskopischen Untersuchung einen weisslichen Bandstreifen, der in der Richtung von vorn nach hinten die Glottisspalte in 2 Theile schnitt. Es wurde nochmals thyreotomirt und der Streifen herausgeschnitten, wonach das Kind genas. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass der Streifen ein Stück vom rechten Stimmband darstellte, das durch den Fremdkörper abgeschnitten war.

E. J. MOURE.

107) **Howard S. Stright. Eine Fischgräte im rechten Sinus pyriformis. (A fish bone in the right pyriform space.)** *Annals of Ophthalm. and Otology. Januar 1896.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

108) **Le Damany. Ein Rossegel im Kehlkopf. (A horse leech in the larynx.)** *Medical News. 8. Februar 1896.*

Ein Soldat hatte, als er aus einem Springbrunnen trank, plötzlich eine prickelnde Empfindung nahe dem Zungenbein. Es folgten Heiserkeit, leichte Dyspnoe, etwas Husten und Blutauswurf. Durch directe Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel liess sich die Anwesenheit des Egels im Kehlkopf nachweisen. Die Extraction durch die natürlichen Wege war nicht möglich und auch ein Spray von Carbolwasser, die Darreichung von Terpentinöl sowie intratracheale Injectionen von Salzwasser waren ohne Erfolg.

Da die Dyspnoe zunahm, entschloss man sich zur Tracheotomie. Am folgenden Tage erschien der Egel im Munde und der Pat. konnte ihn mit den Fingern herausziehen. Die Heilung verlief ohne Störung. LEFFERTS.

109) **Howard A. Lothrop. Erstickungstod durch Verschlucken eines Stückes Fleisch. (Accidental suffocation while swallowing a piece of meat.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 23. April 1896.*

Pat., ein 35jähriger Mann, starb, ehe ärztliche Hülfe zur Stelle war. Bei der 10 Minuten nachher stattfindenden Untersuchung fand man eine grosse weiche Masse in dem unteren Theile des Pharynx steckend, die den Zugang zum Kehlkopf vollständig versperrte. Dieselbe wurde entfernt; alle Wiederbelebungsversuche schlugen fehl. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

110) **B. W. Gowring. Fremdkörper im Kehlkopf. (Foreign bodies in the larynx.)** *Brit. Med. Journal. 13. Juni 1896.*

6monatliches Kind, mit dem Ersticken kämpfend; man fühlte mit dem Finger hinter der Zunge einen glatten Körper. Umdrehung des Kindes brachte keine Linderung. Es wurde die Tracheotomie gemacht und die Trachealwunde

durch Nähte offen gehalten. Während eines Hustenanfalls wurde der Fremdkörper (eine Beere) durch den Mund ausgestossen. Das Kind genas.

ADOLPH BRONNER.

111) **A. Jefferis Turner** (Brisbane). **Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air passages.)** *Australian Med. Gazette. 20. Mai 1896.*

Ein 10 Monate altes Kind, dem ein etwa $^3/_8$ Zoll langes Stück eines Kohlenanzünders nach der Tracheotomie aus dem Larynx entfernt wurde. Der Fremdkörper war fest im Kehlkopf eingeklemmt; er wurde mit einer Sonde gelockert und nach unten gedrängt, so dass er in der Tracheotomiewunde zu Tage trat und dort extrahirt werden konnte. Von Interesse ist, dass trotz des im Kehlkopf steckenden Fremdkörpers das Kind laut schrie, mit klarer Stimme; dagegen bestand ein über der ganzen Brust bei der Auscultation hörbarer Stridor.

A. J. BRADY.

112) **Pasteau** und **Vanverts. Fremdkörper in der Trachea bei einem Knaben von 18 Monaten. Tracheotomie. Heilung. (Corps étranger de la trachée chez un enfant de dix huit mois. Trachéotomie. Guérison.)** *Soc. anatom. 17. Januar 1896.*

Die Ueberschrift sagt alles Wesentliche des Falles; der Fremdkörper war ein Citronenkern.

LUC.

113) **W. F. Westmoreland. Tracheotomie wegen Fremdkörper. (Tracheotomy for foreign bodies.)** *N. Y. Med. Journal. 26. Januar 1896.*

Verf. berichtet über 27 Fälle, in denen wegen Fremdkörper mit Erfolg operirt wurde. In allen wurde der erste Trachealring eingeschnitten und die Oeffnung erweitert. Verf. hat stets so früh als möglich operirt.

LEFFERTS.

114) **X. Ein Geldstück 5½ Jahr lang im Bronchus eines Mannes. (Coin for five and a half years in a man's bronchus.)** *British Med. Journal. 1. Februar 1896.*

Der Pat. verschluckte im Juni 1890 ein Six Penny-Stück; es gelang nicht, dasselbe zu extrahiren. Später liess sich nachweisen, dass die Münze im rechten Bronchus sass. Von dort wurde sie im Januar 1896 ausgehustet. Der Pat. wurde vollständig gesund.

ADOLPH BRONNER.

115) **Thomas** und **Junod** (Genève). **Fremdkörper im linken Bronchus bei einem Kinde. Luftröhrenschnitt. Heilung. (Corps étranger de la bronche gauche chez un enfant. Trachéotomie. Guérison.)** Vortrag in einer Sitzung der Genfer Aerzte. — *Rev. med. Suisse rom. No. 5. 1896.*

Knabe von 13 Monaten trinkt am 12. October eine Suppe mit Gemüsefetzen und aspirirt einen solchen in den linken Bronchus. Zunehmende Dyspnoe nöthigt am 17. zur Tracheotomie. Besserung. Am 23. October Canüle entfernt. 4 Wochen lang im Ganzen normale Athmung. Dann plötzlich Dyspnoe. 2. Tracheotomie. Décanulement 5 Wochen später; nach 10 Tagen wieder Einführung der Canüle und definitive Entfernung 3 Wochen später, also 9 Wochen nach der ersten Tracheotomie. Die Hindernisse des Décanulement sind nicht die gewöhn-

lichen, sondern der rachitische Zustand des Kindes, die Weichheit der Trachealringe, das leichte Collabiren der Luftröhre mit der Narbe. Erst die Behandlung mit Phosphor während der letzten Wochen bessert die Sache und erlaubt den Schluss der Trachealwunde. Lungensymptome und Fieber hatten stets gefehlt.

Verf. erörtert die Indication zur Tracheotomie bei Fremdkörpern in den Bronchien und giebt eine Statistik verschiedener Autoren mit zahlreichen Fällen, nach welchen die Tracheotomie weit grössere Procente von glücklichen Ausgängen liefert. Durch die Operation d. h. den Reiz, welchen dieselbe während und in der ersten Zeit nachher ausübt, ist die Aussicht auf Auswerfen des Fremdkörpers vergrössert. Immerhin dürfe man mit der Operation ruhig warten, bis die Dyspnoe und die Athmungssymptome etwas drohend werden [? Red.]. — In der Discussion wurde für solche Fälle namentlich eine günstige Lagerung der Patienten hervorgehoben. JONQUIÈRE.

116) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Bronchus. (Removal of a foreign body from the bronchus.)** *Austral. Med. Gazette. 20. April 1896.*

5jähriges Kind mit den Symptomen eines Fremdkörpers in den Luftwegen; im Larynx war nichts zu sehen. Es wurde die tiefe Tracheotomie gemacht und durch Nähte das untere Ende der Trachealwunde klaffend erhalten. Das Kind wurde nun umgekehrt, worauf der Fremdkörper entleert wurde. Die Trachea und die Hautdecken wurden alsbald vernäht; die Heilung erfolgte ohne Störung.

A. J. BRADY.

117) **J. Mitchell. Eine Münze 24 Jahre lang im Bronchus. (A coin twenty four years in the bronchus.)** *Brit. Med. Journal. 13. Juni 1896.*

Die Münze (ein halber Sovereign) wurde zufällig bei der Section im Bronchus gefunden. Der Bronchus war stark congestionirt und an den Berührungsstellen mit der Münze leicht ulcerirt, Symptome von Seiten der Lunge aber hatten im Leben nicht bestanden. ADOLPH BRONNER.

118) **Michelsen** (Dänemark). **Praktische Notiz über die Ausführung der Tracheotomie. (Praktisk Notits om udførelsen af Trakeotomi.)** *Hosp.-Tidende. 1895. S. 62.*

Verf. empfiehlt ein Paar hakenförmige Instrumente, mit denen man leicht die Trachea aus dem Bindegewebe herauspräpariren kann. SCHMIEGELOW.

119) **Börger** (Greifswald). **Ein neuer Schilddrüsenhaken zur Tracheotomie.** *Zeitf. prakt. Aerzte. 8. 1896.*

Der stumpf schildförmige vordere Theil des Hakens ist mit seinem Griffe aus einem Stück gefertigt; der Griff bildet mit dem Schild einen rechten Winkel; nach einem Verlauf von etwa 6 cm biegt sich der Griff bogenförmig nach oben ein.

SEIFERT.

120) **J. H. Droge. Tracheotomie und Intubation. (Tracheotomy and intubation.)** *Codex Medicus. April 1896.*

Verf. beschreibt die Technik beider Operationen und ihre Indicationen, um dann ihren Werth gegeneinander abzuwägen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

121) **G. J. Cott. Einige vermeidbare Zufälle bei der Intubation. (Some avoidable accidents of intubation.)** *Med. and Surg. Reporter. 25. Jan. 1896.*

Ein Kind von 13 Monaten hatte Diphtherie; es wurde die Intubation vorgenommen; als 5 Tage später die Entfernung der Tube versucht wurde, glitt der Extractor ab und die Tube verschwand. Bei der Untersuchung der Brust wurde nichts Abnormes wahrgenommen; keinerlei Reflexsymptome waren vorhanden und nichts wies auf das Vorhandensein der Tube in der Trachea hin. Es wurde danach angenommen, dass die Tube verschluckt sei. Das Kind blieb auch wohl, bis es nach 4 Wochen plötzlich erkrankte und innerhalb 24 Stunden starb. Bei der Section fand man die Tube in dem stark ulcerirten linken Bronchus.

Der Fall lehrt, dass man beim Misslingen der Extubation, wenn man die Tube nicht mit dem Finger fühlen kann, sofort die Tracheotomie machen soll.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

122) **Boinet. Vortheile der Intubation mit den kurzen Tuben von Bayeux. (Avantages de l'intubation avec les tubes courts de Bayeux.)** *Marseille Méd. 1. April 1896.*

B. findet die Bayeux'schen Tuben besser als alle anderen; ihre Einführung ist leichter, ihre Extraction ebenfalls und sie halten sich besser in ihrer Lage.

A. CARTAZ.

123) **George Thilo. Neue Instrumente für die Intubation. (New intubation instruments.)** *Chicago Medical Recorder. Januar 1896.*

Die Tuben sind nach Art eines zweiblättrigen Speculums gearbeitet; eine Krone aus weichem Gummi am oberen Ende der Tube bewirkt durch ihren Druck Trennung der beiden Blätter. Verf. rühmt als Vortheile dieser Tuben:

1. die Leichtigkeit der Einführung;
2. die Kürze der Tuben, die das Herabstossen der Membranen vermeiden lässt;
3. das weite Caliber der Tuben, das den Durchtritt der Membranen gestattet;
4. die Erweiterung der Tuben im Kehlkopf, durch die ihre Ausstossung beim Husten verhütet wird;
5. die Glätte und Weichheit der Blätter und ihrer Gummikrone, durch die Ulcerationen vermieden werden;
6. die Weichheit und Biegsamkeit der Krone, welche das Schlucken ermöglicht.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

124) **Trumpp. Notiz zur Technik der Intubation.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 17. 1896.*

Theils wegen der Schwierigkeit, theils der Möglichkeit von Verletzungen bei der Entfernung der Tube mittels des Extractors schlägt T. auf Grund vielfacher Versuche vor, die Extubation durch Druck auf den oberen Theil der Luftröhre zu entfernen, was in Folge des eintretenden Hustenreizes stets gelingt.

SCHECH.

125) **Glover** und **Variot** (Paris). **Die Erweiterung der Glottis bei Kehlkopfkrampf und bei Croup im Besonderen. (De la dilatation de la glotte dans les spasmes laryngiens et dans le croup en particulier.)** *Acad. de médecine. 30. Juni 1896.*

Die Verff. rühmen als nützlich für alle Arten von Glottiskrampf die Einführung O'Dwyer'scher Tuben, die nicht nach dem Alter, sondern nach dem Wuchs des Patienten zu graduiren sind. LUC.

126) **Werner Kümmel. Die Behandlung von Verengerungen des Kehlkopfs und der Luftröhre mit gläsernen Schornsteincanülen nach Mikulicz.** *Archiv für Laryngologie und Rhinologie. Bd. IV. Heft 1. 1896.*

Verf. veranschaulicht die Methode durch Abbildungen der Canüle selbst und der Art ihrer Einführung. Die ausführliche Wiedergabe von 11 auf der Mikulicz-schen Klinik behandelten Fällen lässt den Werth des Verfahrens erkennen, durch das „eine Reihe von schweren Stenosenfällen in nicht gar zu ungebührlich langer Zeit zur Heilung gebracht wurde.“ F. KLEMPERER.

127) **Secretan** (Lausanne). **Eine neue Dilatationsart der Larynxstenosen. (Une nouvelle méthode de dilatation des retrécissements laryngés.)** *Revue méd. de la Suisse romande. H. 2. 1896.*

Corradi in Verona hat für die Tracheotomirten mit Larynxstenose eine practische Methode erfunden, mittelst welcher man von der Luftröhrenöffnung aus eine dauerhafte Erweiterungsvorrichtung in den Kehlkopf einführen und beliebig wieder entfernen kann ohne Kehlkopfspiegel und daher für jeden Arzt ausführbar. Eine englische Bougie von der nöthigen Dicke resp. Dünnheit wird durch den Kehlkopf hindurch aufwärts in den Mund hinaufgestossen und mittelst eines an deren Spitze befestigten Fadens aus dem Munde hervorgezogen. Am unteren Ende der Bougie ist ein längerer Faden befestigt, an dem ein Laminariastäbchen hängt. An diesem hängt wiederum an einem Faden eine Trachealcanüle, welche im obersten Theil der oberen Seite ihres Rohrs ein Loch hat, durch welches der letztgenannte Faden hindurchgeht, sodass er zu der vorderen Oeffnung der Canüle heraushängt. Zuerst wird also nun mittelst des oben aus dem Munde hängenden Fadens der Laminariastab in den Kehlkopf hineingezogen und dann die Trachealcanüle eingesetzt. Durch den aus dieser heraushängenden unteren Faden der Laminaria kann diese genau so eingestellt werden, dass sie in das Fadenloch der Canüle zu sitzen kommt. Der Faden oben und der Faden unten werden in der Nachbarschaft mit Heftpflaster befestigt. Successive können dann immer stärkere Laminariastäbe eingeführt werden. Natürlich kommt man mit Laminaria nicht immer zum Ziele, aber es lässt sich denken (Ref.), dass auf diese Weise auch andere passende Dilatationsvorrichtungen in den Kehlkopf eingebracht werden könnten. JONQUIÈRE.

128) **Pieniazek** (Krakau). **Die Tracheoskopie und die tracheoskopischen Operationen bei Tracheotomirten.** *Archiv für Laryngologie u. Rhinolog. Bd. IV. Heft 2. 1896.*

Verf. schildert die Methodik der Tracheoskopie und die tracheoskopischen

Instrumente und bespricht dann ausführlich, zum Theil unter Anführung lehrreicher Krankengeschichten, die krankhaften Veränderungen, die in der Luftröhre zur Beobachtung kommen. Solche sind: 1. der acute Trachealcatarrh; 2. der chronische Trachealcatarrh; 3. der Tracheobronchialcroup; 4. Veränderungen, die in der Luftröhre durch die Canüle hervorgerufen werden; 5. Schwellungszustände infolge localer Reizung oder als Begleiterscheinungen entzündlicher Vorgänge; 6. das Sclerom; 7. die Compressionsstenosen; 8. gutartige Neubildungen; 10. Fremdkörper.

F. KLEMPERER.

f. Schilddrüse.

129) **Gottlieb. Ueber die Wirkung von Schilddrüsenpräparaten an thyreoidectomirten Hunden.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 15.*

G. publicirt Versuche, aus denen er schliesst, dass das von Baumann in den Schilddrüsen gefundene Thyrojodin nicht im Stande ist, thyreoidectomirte Thiere am Leben zu erhalten, dass also in der Schilddrüse mehr als eine physiologisch wirksame Substanz enthalten sein müsse.

LANDGRAF.

130) **L. Blumreich** und **M. Jacoby. Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung der Schilddrüse und ihrer Nebendrüsen für den Organismus.** *Berl. klin. Wochenschr. 1896. No. 15.*

Eine vorläufige Mittheilung über eine Reihe von bei Kaninchen angestellten Experimenten. Die Autoren geben ihre Ansichten in Sätzen wieder, aus denen wir hervorheben:

1. dass sie den Nebendrüsen des Kaninchens im Gegensatz zu anderen Autoren eine directe physiologische Beziehung zur Schilddrüse absprechen;

2. dass die Cachexie keineswegs die regelmässige Folge der Thyreodectomie ist;

3. dass zwischen Thymus und Thyreoidea ein Grad physiologischer Verwandtschaft besteht.

LANDGRAF.

131) **Hofmeister** (Tübingen). **Zur Frage nach den Folgezuständen der Schilddrüsenexstirpation.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 22.*

H. machte Experimente an Thieren zur Prüfung der Baumann'schen Behauptung, dass in der Schilddrüse nur eine specifisch wirksame Substanz, das Thyrojodin enthalten sei. Es gelang ihm bei 2 Kaninchen die nach totaler Thyreoidectomie aufgetretene Tetanie durch subcutane Injection schwach alkalischer Lösung von Thyrojodin zu beseitigen. Die entgegenstehenden Resultate Gottlieb's erklärt er mit dem Umstande, dass dieser nicht mit dem Baumann'schen Präparat gearbeitet habe. Jodnatrium kann das Thyrojodin nicht ersetzen.

LANDGRAF.

132) **Rosenblatt** (Chitorn, Russland). **Zur Frage nach den Folgezuständen der Schilddrüsenexstirpation.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 28.*

R. weist darauf hin, dass er bereits 1894 das Verhalten der Nieren nach Thyreoidectomie studirt und seine Resultate veröffentlicht habe.

LANDGRAF.

133) **Ewald. Krankheiten der Schilddrüse.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 13. Vereins-Beilage No. 9.*

E. macht im Verein für innere Medicin Mittheilung von der Baumann'schen Entdeckung, dass die Schilddrüsen eine organische Jodverbindung enthalten. E. fand Jod auch in den bekannten Tabloids von Borrough, Welcome et Co.

LANDGRAF.

134) **Riedel** (Jena). **Die chronische, zur Bildung eisenharter Tumoren führende Entzündung der Schilddrüse.** *Deutsche med. Wochenschr. 1896. Vereins-Beilage No. 18.*

R. berichtete kurz auf dem Chirurgencongress über 2 Beobachtungen von stark vergrösserten sehr harten Schilddrüsentumoren, deren mikroskopische Untersuchung nur die Zeichen chronisch-entzündlichen Gewebes darboten.

LANDGRAF.

135) **J. Williams. Schilddrüsencyste bei einem Kind von 11 Monaten; Operation; Heilung. (Thyroid cyst in a child eleven months old; operation; recovery.)** *Brit. Med. Journ. 18. April 1896.*

Die Geschwulst wurde zuerst bemerkt, als das Kind 4 Monate alt war; sie wuchs sehr schnell und machte Anfälle von Dyspnoe. Sie erreichte die Grösse einer Kastanie.

ADOLPH BRONNER.

136) **P. Bruns. Die Entwicklung der modernen Behandlungen des Kropfes.** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. Deutsche med. Wochenschr. 1896. Vereins-Beilage. No. 17.*

Sehr interessanter Vortrag, gehalten in der Festsitzung des 25jähr. Stiftungsfestes der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Nach einem Rückblick auf den Standpunkt vor 25 Jahren weist B. darauf hin, dass es eingehender Studien über die Entwicklung und den Bau des Kropfes, genauer Untersuchungen über die Lage der Schilddrüse und ihre Beziehungen zur Nachbarschaft, umfassender Prüfung der physiologischen Function der wenig beachteten Drüse bedurfte, um die sicheren Unterlagen zu schaffen, auf denen die moderne Kropfbehandlung sich so ausgestaltet hat, dass die Kropfoperationen jetzt den gebührenden Platz unter den grossen lebensrettenden Operationen einnehmen. Noch vor 20 Jahren verwarfen die meisten Chirurgen die Operation als zu schwierig und beschränkten sich auf die Entfernung der beweglichen oder gestielten Kröpfe. 1877 zeigte Rose, dass es ein Irrthum sei, im Kropf im Grunde ein unbedenkliches Uebel zu sehen, das nur entstelle, da auch schon Kröpfe mit geringen Beschwerden im Stande seien, durch anhaltende Behinderung der Athemmechanik Herz und Lunge zu schädigen und dabei noch stets die Gefahr plötzlichen Erstickungstodes mit sich brächten.

Rose trat daher energisch für die Radicalcur der Kröpfe mittelst totaler Exstirpation ein. Die neue Wundbehandlungsmethode förderte diesen Vorschlag, sodass, während vor 1877 innerhalb 27 Jahren nur 150 Kropfexcisionen mit 21 pCt. Mortalität ausgeführt waren, nach 1877 innerhalb der nächsten 5 Jahre 240 Operationen mit 12 pCt. Sterblichkeit gemacht wurden. Billroth und Kocher vervollkommneten die Methode, machten unter Berücksichtigung des Verlaufs der Arterien und Venen der Schilddrüse sowie des N. recurrens aus der bisher geübten atypischen Geschwulstoperation eine typische, absolut sichere, für den geübten Operateur unblutige und zugleich künstlerisch vollendete Operation. An der Berechtigung, das ganze Organ ohne Schaden für den Organismus entfernen zu dürfen, bestand kein Zweifel. Da kamen nach einer wenig beachteten Notiz Reverdin's 1882 im Jahre 1883 die Kocher'schen Mittheilungen über die Cachexia strumipriva. Man erinnerte sich nun der Angabe Schiff's aus dem Jahre 1856, dass Thiere die Entfernung der Schilddrüse nicht überleben und erkannte allmälig in der so lange vernachlässigten Drüse ein lebenswichtiges Organ. Alles weist darauf hin, dass die Schilddrüse eine echte Drüse ist mit specifischer Secretion, welche für den Haushalt des Körpers unentbehrlich ist. Damit war die vorher zur Regel erhobene Totalexcision des Kropfes aus der Reihe der zulässigen Operationen gestrichen. Nun galt es neue Methoden ausbilden, welche wohl den Kropf, aber nicht die ganze Drüse beseitigen. Man wandte sich zunächst zurück zu der alten Methode von Ph. v. Walther, zur Unterbindung der Schilddrüsenarterien, ohne viel Erfolg, da die angestrebte ischämische Atrophie nur bei Kröpfen ohne erhebliche Degeneration zu Stande kommt, ausserdem häufige Gefässanomalien den Erfolg vereiteln. Grössere Bedeutung erlangte die Enucleation, die intraglanduläre Ausschälung, welche als Normalverfahren bei Cystenkröpfen, bei locker eingebetteten und gut abgekapselten Kropfknoten, bei doppelseitigen Kröpfen gilt. Sind die Grenzen verwischt, bestehen ausgedehnte Adhäsionen, so muss von der Enucleation Abstand genommen werden. Dann tritt die Resection in ihr Recht. Daneben bleibt natürlich die halbseitige Exstirpation zu Recht bestehen. Falls die Operation nicht zu spät kommt, ist bei der Operation gutartiger Kröpfe von einer Lebensgefahr kaum noch die Rede. Br. hat unter seinen letzten 150 Operationen keinen Todesfall. Recidive kommen vor, nöthigen aber selten zu Nachoperationen.

Noch mehr aber als diese Resultate schätzen die Kropfkranken die Fortschritte, welche auf unblutigem Wege gewonnen werden. Unter 300 mit Schilddrüsensubstanz behandelten Fällen sah B. bei ca. 100 ein Verschwinden der Beschwerden, bei einem zweiten Hundert war der Erfolg ausreichend zur Vermeidung der Operation; stets ist sie eine werthvolle Vorbereitung für die Ausführung der Operationen.

LANDGRAF.

137) Bruns (Tübingen). **Ueber die therapeutische Anwendung der Schilddrüsen-Präparate auf chirurgischem Gebiete.** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 18. Deutsche med. Wochenschr. 1896. Vereins-Beilage No. 13.*

Referat über einen auf dem Congress für innere Medicin gehaltenen Vortrag. Br. stützt sich auf die Behandlung von über 350 Fällen von Kropf. Die grosse Mehrzahl ist der Schilddrüsenbehandlung zugängig, vollständige Rückbildung ist

selten (8 pCt.), bedeutende Abschwellung mit Abnahme aller Beschwerden lässt sich in $^1/_3$ der Fälle erreichen, in mehr als $^3/_4$ der Fälle wächst der Kropf nach Aussetzen des Mittels wieder an. LANDGRAF.

138) **Ewald** (Berlin). **Ueber therapeutische Anwendung der Schilddrüsenpräparate.** *Berliner klin. Wochenschr. 1896. No. 18. Deutsche med. Wochenschrift. No. 17. Vereins-Beilage No. 13.*

Referat über einen auf dem Congress für innere Medicin in Wiesbaden gehaltenen Vortrag, der ohne Neues zu bringen das bisher Bekannte ausführlich wiedergab. LANDGRAF.

g. Oesophagus.

139) **G. M. Garland. Ein Fall von Blutung aus der Speiseröhre bei Lebercirrhose. (A case of esophageal hemorrhage with cirrhosis of the liver.)** *Med. News. 23. Mai 1896.*

Wiederholte plötzliche und starke Blutungen, dann beständiges Blutträufeln aus dem Munde, mit theerfarbigen Stühlen; der Pat. verfiel allmälig, nach mehrtägiger Bewusstlosigkeit trat der Tod ein. LEFFERTS.

140) **Adolf Glockner** (Prag). **Ueber eine neue Form von Oesophagustuberculose.** *Prager med. Wochenschr. 1896. No. 11—13.*

Der Autor berichtet zunächst über die einschlägige Literatur, hebt hervor, dass bis vor kurzer Zeit die Frage, ob Oesophagustuberculose überhaupt vorkomme, noch offen stand, dass genauere Angaben erst in den Lehrbüchern von Birch-Hirschfeld und Orth sich finden und theilt die in der Literatur vorgefundenen Fälle von mehr weniger sicher erwiesenen tuberculösen Processen im Oesophagus in drei Gruppen ein. Zur ersten Gruppe gehören jene Fälle, in denen der tuberculöse Process durch Fortschreiten der Tuberculose von den angrenzenden Geweben auf den Oesophagus entstand, so besonders von den Lymphdrüsen (Beck, Prager medic. Wochenschrift. 1884, 35, und Weichselbaum, Wiener medic. Wochenschr.) oder infolge Durchbruchs von praevertebralen Abscessen bei tuberculöser Wirbelcaries, wie solche Fälle namentlich Pentzoldt veröffentlichte, oder infolge Durchbruchs einer tuberculösen Lungencaverne in den Oesophagus, und schliesslich durch auf den Oesophagus fortschreitende tuberculöse Larynxulcerationen, wie einen solchen Fall Beck, l. c., beschrieb. Zur zweiten grösseren Gruppe rechnet der Autor jene Fälle, bei welchen der tuberculöse Process von der Schleimhaut des Oesophagus ausgeht. Der erste derartige und zugleich einwandfreie Fall ist von Breus (Wiener med. Wochenschr. 1878, No. 11) beschrieben worden, ihm reihten sich später Fälle von Eppinger, Zenker und Cordua an; in jüngster Zeit berichtete E. Fränkel (Münchener med. Wochenschr. 1896, No. 2) über solche Fälle. Zur dritten Gruppe endlich möchte er alle jene Fälle

rechnen, bei welchen Oesophagustuberculose, auf haematogenem Wege entstanden, als Theilerscheinung der allgemeinen disseminirten Tuberculose auftritt, zu welcher Gruppe der Autor in der Lage ist, einen Fall hinzuzufügen, den er selbst beobachtet hat und nun genau beschreibt. CHIARI.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 17. April 1896.

Kuttner stellt einen Patienten vor, der gegen Halsbeschwerden die angeblich unschädlichen Noortwyck'schen Tropfen (2 mal 60 Tropfen in Milch) gebraucht hat. Es traten danach so heftige Schluckbeschwerden auf, dass erst jetzt nach 7 Tagen der Patient ein wenig zu schlucken im Stande war. In diesem Falle sowohl wie in einem anderen constatirte K. im Pharynx scharf umschriebene, weissgelbliche von rothem Rande umgebene membranöse Auflagerungen in der Schleimhaut, das Bild einer Pharyngitis exsudativa; es handelt sich also um eine Aetzwirkung.

Flatau stellt eine Pat. mit Caries specifica eines Siebbeins und gummöser Periostitis des Nasenbeins vor; die Primärinfection liegt 13 Jahre zurück. Der Fall zeigt, dass die Allgemeinbehandlung im Stiche lassen kann, und neben derselben eine locale Therapie Platz greifen muss, um einen Erfolg zu erzielen. — Bei einer anderen Pat. mit adenoiden Vegetationen besteht eine chronische Hydrorrhoe (seit 6 Jahren), welche die Kranke auf eine galvanokaustische Aetzung der Nasenschleimhaut zurückführt und die so heftig auftritt, dass der Erguss aus der Nase manchmal $^1/_2$ Liter beträgt.

B. Fränkel demonstrirt einen Watteträger für den Nasenrachen, der dem Baginsky'schen nachgebildet ist, aber die Einführung in den retronasalen Raum erleichtert, weil er die Nasenrachenkrümmung, ähnlich wie das Gottstein'sche Messer, hat.

P. Heymann zeigt einen Polypen des Kehlkopfes, den er auf autoskopischem Wege entfernt hat; ein im Sin. Morgagni noch sitzender Rest desselben war seinen bisherigen autoskopischen Instrumenten noch nicht zugänglich. — Dann stellt er eine 25jährige bis vor 4 Wochen angeblich gesunde Pat. vor, die ihn wegen auf Rhinitis hyperpl. beruhenden Luftmangels aufgesucht hatte und etwas heiser war.

Das linke Taschenband zeigt sich in eine höckrige, hinten ulcerirte Masse verwandelt, das l. Stimmband ist höckrig infiltrirt und zeigt bis auf seine untere Fläche übergreifende knotige Protuberanzen, die über die hintere Wand etwas nach rechts herübergehen. Die Epiglottis zeigt einen ziemlich grossen vernarbten Defect; der Stumpf ist verdickt und knotig. Die flachen Ulcerationen heilten schnell unter Milchsäurebehandlung. — Jodkali brachte keinen Erfolg. Ein mit der Zange entferntes Stück der Protuberanzen erweist sich mikroskopisch als eine Tuberkelgeschwulst.

Die Intactheit der Lungen, die flachen, schnell heilenden Ulcerationen, die knotigen Hervorragungen und das mikroskopische Bild bestimmen H. den Fall als primären Larynxlupus anzusprechen.

Grabower hält die Diagnose nicht für sicher, da in einem von ihm beobachteten ähnlichen Falle, in dem noch auf der Wange ein mit Knötchen besetztes Geschwür bestand und Jodkali erfolglos gegeben war, eine energische Schmiercur sehr bald eine erhebliche Besserung herbeiführte. Das von H. gezeigte mikroskopische Präparat sei keineswegs eindeutig. Eine längere Beobachtung resp. eine Inunctionscur wird erst Klarheit bringen.

B. Fränkel empfiehlt in solchen diagnostisch zweifelhaften Fällen Tuberculineinspritzungen; rufen dieselben bis zu 10 mgr keine Reaction hervor, so ist es kein Lupus.

P. Heymann erwähnt, dass im hiesigen pathologischen Institut die Geschwulst für eine tuberculöse erklärt worden ist.

Holz beobachtete vor mehreren Jahren einen Fall von acuter Pseudoleukämie, bei dem sich schubweise ein Oedem des ganzen Pharynx, besonders der Gaumenbögen und der Uvula einstellte, das auf Arsenik in 24 Stunden zurückging. Er sprach die Schwellung als eine leukämische Infiltration an.

Heute stellt er einen Knaben mit chronischer Pseudoleukämie vor, bei dem der ganze weiche Gaumen, insbesondere die Uvula und die vorderen Gaumenbögen ein ödematöses, gekörntes Aussehen zeigen und sich hart anfühlen, sonderbarer Weise sind die Tonsillen frei, ebenso der Nasopharynx.

Katzenstein: Ueber eine neue Methode der Laryngoskopie.

Das Instrument K.'s besteht im Wesentlichen aus zwei in einem Winkel von ca. 95° gegeneinandergestellten in einem Körper befindlichen Spiegeln. Ein auf der Schnittfläche rhomboider Glaskörper hat auf seiner oberen und hinteren Fläche einen Spiegelbelag. Das letzterer gegenüberliegende vordere Einfallsfenster ist 12—15 Quadratmillimeter gross und steht bei der nach laryngoskopischer Art vorgenommenen Einführung des Instruments nahezu senkrecht; die obere Kante ein wenig nach vorne geneigt.

Das mit dem oberen Spiegel aufgenommene Larynxbild wird in den hinteren Spiegel reflectirt und man sieht nun in demselben das aufrechte Bild des Kehlkopfes, da die bei der ersten Spiegelung eintretende Umkehrung derselben durch die abermalige Spiegelung ein aufrechtes wird. Man sieht also den Kehlkopf in

rechnen, bei welchen Oesophagustuberculose, auf haematogenem Wege entstanden, als Theilerscheinung der allgemeinen disseminirten Tuberculose auftritt, zu welcher Gruppe der Autor in der Lage ist, einen Fall hinzuzufügen, den er selbst beobachtet hat und nun genau beschreibt. CHIARI.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 17. April 1896.

Kuttner stellt einen Patienten vor, der gegen Halsbeschwerden die angeblich unschädlichen Noortwyck'schen Tropfen (2 mal 60 Tropfen in Milch) gebraucht hat. Es traten danach so heftige Schluckbeschwerden auf, dass erst jetzt nach 7 Tagen der Patient ein wenig zu schlucken im Stande war. In diesem Falle sowohl wie in einem anderen constatirte K. im Pharynx scharf umschriebene, weissgelbliche von rothem Rande umgebene membranöse Auflagerungen in der Schleimhaut, das Bild einer Pharyngitis exsudativa; es handelt sich also um eine Aetzwirkung.

Flatau stellt eine Pat. mit Caries specifica eines Siebbeins und gummöser Periostitis des Nasenbeins vor; die Primärinfection liegt 13 Jahre zurück. Der Fall zeigt, dass die Allgemeinbehandlung im Stiche lassen kann, und neben derselben eine locale Therapie Platz greifen muss, um einen Erfolg zu erzielen. — Bei einer anderen Pat. mit adenoiden Vegetationen besteht eine chronische Hydrorrhoe (seit 6 Jahren), welche die Kranke auf eine galvanokaustische Aetzung der Nasenschleimhaut zurückführt und die so heftig auftritt, dass der Erguss aus der Nase manchmal $^1/_2$ Liter beträgt.

B. Fränkel demonstrirt einen Watteträger für den Nasenrachen, der dem Baginsky'schen nachgebildet ist, aber die Einführung in den retronasalen Raum erleichtert, weil er die Nasenrachenkrümmung, ähnlich wie das Gottstein'sche Messer, hat.

P. Heymann zeigt einen Polypen des Kehlkopfes, den er auf autoskopischem Wege entfernt hat; ein im Sin. Morgagni noch sitzender Rest desselben war seinen bisherigen autoskopischen Instrumenten noch nicht zugänglich. — Dann stellt er eine 25jährige bis vor 4 Wochen angeblich gesunde Pat. vor, die ihn wegen auf Rhinitis hyperpl. beruhenden Luftmangels aufgesucht hatte und etwas heiser war.

Das linke Taschenband zeigt sich in eine höckrige, hinten ulcerirte Masse verwandelt, das l. Stimmband ist höckrig infiltrirt und zeigt bis auf seine untere Fläche übergreifende knotige Protuberanzen, die über die hintere Wand etwas nach rechts herübergehen. Die Epiglottis zeigt einen ziemlich grossen vernarbten Defect; der Stumpf ist verdickt und knotig. Die flachen Ulcerationen heilten schnell unter Milchsäurebehandlung. — Jodkali brachte keinen Erfolg. Ein mit der Zange entferntes Stück der Protuberanzen erweist sich mikroskopisch als eine Tuberkelgeschwulst.

Die Intactheit der Lungen, die flachen, schnell heilenden Ulcerationen, die knotigen Hervorragungen und das mikroskopische Bild bestimmen H. den Fall als primären Larynxlupus anzusprechen.

Grabower hält die Diagnose nicht für sicher, da in einem von ihm beobachteten ähnlichen Falle, in dem noch auf der Wange ein mit Knötchen besetztes Geschwür bestand und Jodkali erfolglos gegeben war, eine energische Schmiercur sehr bald eine erhebliche Besserung herbeiführte. Das von H. gezeigte mikroskopische Präparat sei keineswegs eindeutig. Eine längere Beobachtung resp. eine Inunctionscur wird erst Klarheit bringen.

B. Fränkel empfiehlt in solchen diagnostisch zweifelhaften Fällen Tuberculineinspritzungen; rufen dieselben bis zu 10 mgr keine Reaction hervor, so ist es kein Lupus.

P. Heymann erwähnt, dass im hiesigen pathologischen Institut die Geschwulst für eine tuberculöse erklärt worden ist.

Holz beobachtete vor mehreren Jahren einen Fall von acuter Pseudoleukämie, bei dem sich schubweise ein Oedem des ganzen Pharynx, besonders der Gaumenbögen und der Uvula einstellte, das auf Arsenik in 24 Stunden zurückging. Er sprach die Schwellung als eine leukämische Infiltration an.

Heute stellt er einen Knaben mit chronischer Pseudoleukämie vor, bei dem der ganze weiche Gaumen, insbesondere die Uvula und die vorderen Gaumenbögen ein ödematöses, gekörntes Aussehen zeigen und sich hart anfühlen, sonderbarer Weise sind die Tonsillen frei, ebenso der Nasopharynx.

Katzenstein: Ueber eine neue Methode der Laryngoskopie.

Das Instrument K.'s besteht im Wesentlichen aus zwei in einem Winkel von ca. 95° gegeneinandergestellten in einem Körper befindlichen Spiegeln. Ein auf der Schnittfläche rhomboider Glaskörper hat auf seiner oberen und hinteren Fläche einen Spiegelbelag. Das letzterer gegenüberliegende vordere Einfallsfenster ist 12—15 Quadratmillimeter gross und steht bei der nach laryngoskopischer Art vorgenommenen Einführung des Instruments nahezu senkrecht; die obere Kante ein wenig nach vorne geneigt.

Das mit dem oberen Spiegel aufgenommene Larynxbild wird in den hinteren Spiegel reflectirt und man sieht nun in demselben das aufrechte Bild des Kehlkopfes, da die bei der ersten Spiegelung eintretende Umkehrung derselben durch die abermalige Spiegelung ein aufrechtes wird. Man sieht also den Kehlkopf in

rechnen, bei welchen Oesophagustuberculose, auf haematogenem Wege entstanden, als Theilerscheinung der allgemeinen disseminirten Tuberculose auftritt, zu welcher Gruppe der Autor in der Lage ist, einen Fall hinzuzufügen, den er selbst beobachtet hat und nun genau beschreibt. CHIARI.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 17. April 1896.

Kuttner stellt einen Patienten vor, der gegen Halsbeschwerden die angeblich unschädlichen Noortwyck'schen Tropfen (2 mal 60 Tropfen in Milch) gebraucht hat. Es traten danach so heftige Schluckbeschwerden auf, dass erst jetzt nach 7 Tagen der Patient ein wenig zu schlucken im Stande war. In diesem Falle sowohl wie in einem anderen constatirte K. im Pharynx scharf umschriebene, weissgelbliche von rothem Rande umgebene membranöse Auflagerungen in der Schleimhaut, das Bild einer Pharyngitis exsudativa; es handelt sich also um eine Aetzwirkung.

Flatau stellt eine Pat. mit Caries specifica eines Siebbeins und gummöser Periostitis des Nasenbeins vor; die Primärinfection liegt 13 Jahre zurück. Der Fall zeigt, dass die Allgemeinbehandlung im Stiche lassen kann, und neben derselben eine locale Therapie Platz greifen muss, um einen Erfolg zu erzielen. — Bei einer anderen Pat. mit adenoiden Vegetationen besteht eine chronische Hydrorrhoe (seit 6 Jahren), welche die Kranke auf eine galvanokaustische Aetzung der Nasenschleimhaut zurückführt und die so heftig auftritt, dass der Erguss aus der Nase manchmal $^1/_2$ Liter beträgt.

B. Fränkel demonstrirt einen Watteträger für den Nasenrachen, der dem Baginsky'schen nachgebildet ist, aber die Einführung in den retronasalen Raum erleichtert, weil er die Nasenrachenkrümmung, ähnlich wie das Gottstein'sche Messer, hat.

P. Heymann zeigt einen Polypen des Kehlkopfes, den er auf autoskopischem Wege entfernt hat; ein im Sin. Morgagni noch sitzender Rest desselben war seinen bisherigen autoskopischen Instrumenten noch nicht zugänglich. — Dann stellt er eine 25jährige bis vor 4 Wochen angeblich gesunde Pat. vor, die ihn wegen auf Rhinitis hyperpl. beruhenden Luftmangels aufgesucht hatte und etwas heiser war.

Das linke Taschenband zeigt sich in eine höckrige, hinten ulcerirte Masse verwandelt, das l. Stimmband ist höckrig infiltrirt und zeigt bis auf seine untere Fläche übergreifende knotige Protuberanzen, die über die hintere Wand etwas nach rechts herübergehen. Die Epiglottis zeigt einen ziemlich grossen vernarbten Defect; der Stumpf ist verdickt und knotig. Die flachen Ulcerationen heilten schnell unter Milchsäurebehandlung. — Jodkali brachte keinen Erfolg. Ein mit der Zange entferntes Stück der Protuberanzen erweist sich mikroskopisch als eine Tuberkelgeschwulst.

Die Intactheit der Lungen, die flachen, schnell heilenden Ulcerationen, die knotigen Hervorragungen und das mikroskopische Bild bestimmen H. den Fall als primären Larynxlupus anzusprechen.

Grabower hält die Diagnose nicht für sicher, da in einem von ihm beobachteten ähnlichen Falle, in dem noch auf der Wange ein mit Knötchen besetztes Geschwür bestand und Jodkali erfolglos gegeben war, eine energische Schmiercur sehr bald eine erhebliche Besserung herbeiführte. Das von H. gezeigte mikroskopische Präparat sei keineswegs eindeutig. Eine längere Beobachtung resp. eine Inunctionscur wird erst Klarheit bringen.

B. Fränkel empfiehlt in solchen diagnostisch zweifelhaften Fällen Tuberculineinspritzungen; rufen dieselben bis zu 10 mgr keine Reaction hervor, so ist es kein Lupus.

P. Heymann erwähnt, dass im hiesigen pathologischen Institut die Geschwulst für eine tuberculöse erklärt worden ist.

Holz beobachtete vor mehreren Jahren einen Fall von acuter Pseudoleukämie, bei dem sich schubweise ein Oedem des ganzen Pharynx, besonders der Gaumenbögen und der Uvula einstellte, das auf Arsenik in 24 Stunden zurückging. Er sprach die Schwellung als eine leukämische Infiltration an.

Heute stellt er einen Knaben mit chronischer Pseudoleukämie vor, bei dem der ganze weiche Gaumen, insbesondere die Uvula und die vorderen Gaumenbögen ein ödematöses, gekörntes Aussehen zeigen und sich hart anfühlen, sonderbarer Weise sind die Tonsillen frei, ebenso der Nasopharynx.

Katzenstein: Ueber eine neue Methode der Laryngoskopie.

Das Instrument K.'s besteht im Wesentlichen aus zwei in einem Winkel von ca. 95° gegeneinandergestellten in einem Körper befindlichen Spiegeln. Ein auf der Schnittfläche rhomboider Glaskörper hat auf seiner oberen und hinteren Fläche einen Spiegelbelag. Das letzterer gegenüberliegende vordere Einfallsfenster ist 12—15 Quadratmillimeter gross und steht bei der nach laryngoskopischer Art vorgenommenen Einführung des Instruments nahezu senkrecht; die obere Kante ein wenig nach vorne geneigt.

Das mit dem oberen Spiegel aufgenommene Larynxbild wird in den hinteren Spiegel reflectirt und man sieht nun in demselben das aufrechte Bild des Kehlkopfes, da die bei der ersten Spiegelung eintretende Umkehrung derselben durch die abermalige Spiegelung ein aufrechtes wird. Man sieht also den Kehlkopf in

rechnen, bei welchen Oesophagustuberculose, auf haematogenem Wege entstanden, als Theilerscheinung der allgemeinen disseminirten Tuberculose auftritt, zu welcher Gruppe der Autor in der Lage ist, einen Fall hinzuzufügen, den er selbst beobachtet hat und nun genau beschreibt. CHIARI.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 17. April 1896.

Kuttner stellt einen Patienten vor, der gegen Halsbeschwerden die angeblich unschädlichen Noortwyck'schen Tropfen (2 mal 60 Tropfen in Milch) gebraucht hat. Es traten danach so heftige Schluckbeschwerden auf, dass erst jetzt nach 7 Tagen der Patient ein wenig zu schlucken im Stande war. In diesem Falle sowohl wie in einem anderen constatirte K. im Pharynx scharf umschriebene, weissgelbliche von rothem Rande umgebene membranöse Auflagerungen in der Schleimhaut, das Bild einer Pharyngitis exsudativa; es handelt sich also um eine Aetzwirkung.

Flatau stellt eine Pat. mit Caries specifica eines Siebbeins und gummöser Periostitis des Nasenbeins vor; die Primärinfection liegt 13 Jahre zurück. Der Fall zeigt, dass die Allgemeinbehandlung im Stiche lassen kann, und neben derselben eine locale Therapie Platz greifen muss, um einen Erfolg zu erzielen. — Bei einer anderen Pat. mit adenoiden Vegetationen besteht eine chronische Hydrorrhoe (seit 6 Jahren), welche die Kranke auf eine galvanokaustische Aetzung der Nasenschleimhaut zurückführt und die so heftig auftritt, dass der Erguss aus der Nase manchmal $^1/_2$ Liter beträgt.

B. Fränkel demonstrirt einen Watteträger für den Nasenrachen, der dem Baginsky'schen nachgebildet ist, aber die Einführung in den retronasalen Raum erleichtert, weil er die Nasenrachenkrümmung, ähnlich wie das Gottstein'sche Messer, hat.

P. Heymann zeigt einen Polypen des Kehlkopfes, den er auf autoskopischem Wege entfernt hat; ein im Sin. Morgagni noch sitzender Rest desselben war seinen bisherigen autoskopischen Instrumenten noch nicht zugänglich. — Dann stellt er eine 25jährige bis vor 4 Wochen angeblich gesunde Pat. vor, die ihn wegen auf Rhinitis hyperpl. beruhenden Luftmangels aufgesucht hatte und etwas heiser war.

Das linke Taschenband zeigt sich in eine höckrige, hinten ulcerirte Masse verwandelt, das l. Stimmband ist höckrig infiltrirt und zeigt bis auf seine untere Fläche übergreifende knotige Protuberanzen, die über die hintere Wand etwas nach rechts herübergehen. Die Epiglottis zeigt einen ziemlich grossen vernarbten Defect; der Stumpf ist verdickt und knotig. Die flachen Ulcerationen heilten schnell unter Milchsäurebehandlung. — Jodkali brachte keinen Erfolg. Ein mit der Zange entferntes Stück der Protuberanzen erweist sich mikroskopisch als eine Tuberkelgeschwulst.

Die Intactheit der Lungen, die flachen, schnell heilenden Ulcerationen, die knotigen Hervorragungen und das mikroskopische Bild bestimmen H. den Fall als primären Larynxlupus anzusprechen.

Grabower hält die Diagnose nicht für sicher, da in einem von ihm beobachteten ähnlichen Falle, in dem noch auf der Wange ein mit Knötchen besetztes Geschwür bestand und Jodkali erfolglos gegeben war, eine energische Schmiercur sehr bald eine erhebliche Besserung herbeiführte. Das von H. gezeigte mikroskopische Präparat sei keineswegs eindeutig. Eine längere Beobachtung resp. eine Inunctionscur wird erst Klarheit bringen.

B. Fränkel empfiehlt in solchen diagnostisch zweifelhaften Fällen Tuberculineinspritzungen; rufen dieselben bis zu 10 mgr keine Reaction hervor, so ist es kein Lupus.

P. Heymann erwähnt, dass im hiesigen pathologischen Institut die Geschwulst für eine tuberculöse erklärt worden ist.

Holz beobachtete vor mehreren Jahren einen Fall von acuter Pseudoleukämie, bei dem sich schubweise ein Oedem des ganzen Pharynx, besonders der Gaumenbögen und der Uvula einstellte, das auf Arsenik in 24 Stunden zurückging. Er sprach die Schwellung als eine leukämische Infiltration an.

Heute stellt er einen Knaben mit chronischer Pseudoleukämie vor, bei dem der ganze weiche Gaumen, insbesondere die Uvula und die vorderen Gaumenbögen ein ödematöses, gekörntes Aussehen zeigen und sich hart anfühlen, sonderbarer Weise sind die Tonsillen frei, ebenso der Nasopharynx.

Katzenstein: Ueber eine neue Methode der Laryngoskopie.

Das Instrument K.'s besteht im Wesentlichen aus zwei in einem Winkel von ca. 95° gegeneinandergestellten in einem Körper befindlichen Spiegeln. Ein auf der Schnittfläche rhomboider Glaskörper hat auf seiner oberen und hinteren Fläche einen Spiegelbelag. Das letzterer gegenüberliegende vordere Einfallsfenster ist 12—15 Quadratmillimeter gross und steht bei der nach laryngoskopischer Art vorgenommenen Einführung des Instruments nahezu senkrecht; die obere Kante ein wenig nach vorne geneigt.

Das mit dem oberen Spiegel aufgenommene Larynxbild wird in den hinteren Spiegel reflectirt und man sieht nun in demselben das aufrechte Bild des Kehlkopfes, da die bei der ersten Spiegelung eintretende Umkehrung derselben durch die abermalige Spiegelung ein aufrechtes wird. Man sieht also den Kehlkopf in

seiner natürlichen Lage, den Epiglottisrand nach vorne, ebenso die vordere Commissur, die ja bei der gewöhnlichen Laryngoskopie im Spiegel oben erscheint. K. nennt seine Methode die Orthoskopie.

B. Fränkel weist auf ältere Versuche hin, das Kehlkopfbild aufrecht zu zeigen; es wäre aber bis dahin nicht gelungen, dies mit einem Instrument zu erreichen.

Kirstein zeigt einen Gefrierdurchschnitt einer in autoskopischer Stellung befindlichen Kindesleiche, um zu beweiseu, dass die Rücklagerung des Kopfes bei der Autoskopie keine erhebliche ist.

Sitzung vom 8. Mai 1896.

Schötz stellt eine 13jährige gut entwickelte Patientin mit angeborenem linksseitigen Choanenverschluss vor bei der gleichzeitig eine Deviation des des Nasenseptum nach links und eine Hyperplasie der drei Mandeln besteht; in einem seiner Fälle bestand bei rechtsseitigem Verschluss der Choane eine Abweichung der Nasenscheidewand nach rechts und bei einem dritten Patienten, dessen beide Choanen verschlossen waren, stand sie gerade.

Der doppelseitige Verschlusss scheint häufiger zu sein als der einseitige. Die Diagnose ist meist postrhinoskopisch und durch den Versuch gefärbte Flüssigkeit durch die Nase zu spritzen leicht zu stellen. Die Operation ist nicht leicht, da eine Neigung zur Wiederverengerung der gemachten Oeffnung besteht und zwar besonders nach Anwendung des Galvanokauters oder Troicars. Ausserdem besteht die Gefahr einer Otitis media mit ihren Folgeerscheinungen; deshalb brennt er in der Nähe des Septums die Membran durch und erweitert von hier aus die Oeffnung durch ein dem Lithotriptor nachgebildetes Instrument.

Schadewaldt fand bei einer 30jährigen Patientin einen Choanalverschluss zufällig; er hatte keine Beschwerden gemacht.

Schötz. Auch in dem vorgestellten Falle bestehen solche nicht; höchstens, dass eine Schleimansammlung in der verschlossenen Nasenseite stört.

E. Meyer: Bacteriologische Befunde bei Rhinitis fibrinosa.

M. fand in einem Falle in einer durch Galvanokaustik erzeugten Membran der unteren Nasenmuschel vollvirulente Diphtheriebacillen, betrachtet dies aber als eine Ausnahme. Bei 22 bacteriologisch untersuchten Fällen von Rhin. fibrin. konnte er 13 mal virulente Diphtheriebacillen nachweisen, 9 mal Strepto- und Staphylokokken; bei beiden Arten war der Verlauf derselbe. Möglich, dass bei schon länger bestehender Rhin. fibrin. das Wachsthum der Diphtheriebacillen ausbleibt.

Sie ist also eine Erkrankung, die in einer Diphtherieepiedemie (als Zeichen einer Diphtherie) auftreten kann, die auch eine Diphtherie verbreiten kann, aber auch durch andere Mikroorganismen als durch die Löffler'schen Bacillen hervorgerufen wird.

Grabower: Casuistischer Beitrag zur Lehre von der Innervation des Kehlkopfes.

Es handelt sich um einen 10 Jahre hindurch beobachteten Fall von Tabes, der auch bis 2 Monate ante mortem regelmässig laryngoskopirt worden ist; in der letzten Zeit vereitelten die crises gastriques und eine beständige Würgneigung die weitere Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel.

Schon 1890 wurde eine nicht normale Erweiterungsfähigkeit der Glottis constatirt. März 1894 fand G. das linke Stimmband unbeweglich in Cadaverstellung mit concavem Rande, der sich bei der Phonation nicht streckte. Das r. Stimmband normal beweglich; Sensibilität und Reflexerregbarkeit des Larynx erhalten. Diese Recurrenslähmung bestand bis August unverändert. Im October wird 6 Stunden post mortem die Section gemacht. Die mikroskopische Untersuchung der hier in Frage kommenden Theile ergiebt, dass die extrabulbären Accessoriuswurzeln vollkommen unversehrt, die extrabulbären Vaguswurzeln dagegen nahezu vollständig atrophisch sind. Der linke M. posticus ist in eine bindegewebige Masse verwandelt; die Muskelfibrillen des l. M. int. erheblich verschmälert u. s. w. Auch der rechte M. posticus zeigt nur wenig Fibrillen — wahrscheinlich war in der letzten Zeit auch das r. Stimmband gelähmt.

Dieser Fall beweist also, dass der Accessorius nichts mit der Kehlkopfinnervation zu thun hat; es war hier das Wurzelgebiet befallen, wo der Accessorius- und Vaguskern noch voneinandergetrennt sind. Es stimmt dieser Befund also überein mit den Ergebnissen der früheren Untersuchungen G.'s. Dieser Fall wird noch anderweitig publicirt werden und wird dann seiner Wichtigkeit entsprechend noch ausführlich hier erörtert werden müssen. A. Rosenberg.

---

b) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. März 1896.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

Der Bericht der Commission für die Untersuchung krankhafter Geschwülste über die von Dr. St. Clair Thomson am 8. Januar 1896 gezeigte Geschwulst (vgl. Centralblatt XII, p. 413) der Nase lautete dahin, dass sie ein Angiom sei. Die histologischen Details müssen im Original nachgelesen werden.

Dr. Clifford Beale: Cyste der Plica glosso-epiglottica.

Die Geschwulst hatte ursprünglich die Grösse einer Kirsche und sass am Zungenrücken eines 38jährigen Mannes. Sie verkleinerte sich allmälig spontan. Der Vortragende frug, welches das beste Mittel sei, solche Cysten radical zu entfernen: ob einfache Incision, Excision eines Theils der Cystenwand oder galvanocaustische Zerstörung.

Dr. Bond rieth zum Gebrauch des Galvanocauters und der Curette, der Präsident zu freier Incision oder zum Gebrauch der schneidenden Zange, Mr. Charters Symonds entfernt gewöhnlich den Gipfel der Cyste, Dr. M. Bride erklärte, dass seiner Erfahrung nach diese Cysten sehr schwer zu heilen seien.

Dr. Beale zeigte weiterhin einen Patienten, den er schon in einer früheren Sitzung demonstrirt hatte, und bei dem damals (s. Centralbl. XII, S. 246) die Diagnose zwischen Krebs und Tuberculose zweifelhaft gewesen war, und sprach sich dahin aus, dass es sich um eine chronische tuberculöse Infiltration des Kehlkopfs analog dem sich gleichzeitig in den Lungen abspielenden Processe handle.

Dr. J. W. Bond: Ein Fall von Larven in der Nase.

Die Patientin, eine 49jährige Frau, war im Throat Hospital seit 18 Monaten wegen chronischer Pharyngitis und anderen Leiden behandelt worden. Mai 1895 trat plötzlich eine reichliche wässrige Ausscheidung aus der Nase ein, die drei Wochen lang andauerte und von häufigen schiessenden Schmerzen in der rechten Stirnregion begleitet war. Das Secret war niemals eitrig. Bei Untersuchung der Nase wurden die Nasenwege offen gefunden und die Muschelschleimhaut sogar etwas atrophisch. Sechs Wochen hindurch wurden verschiedene Lösungen ohne Erfolg gebraucht. Schliesslich wurden nach zweimaligem Gebrauch einer verdünnten Mandl'schen Lösung vier Larven aus der Nase entfernt, und Genesung trat ein. Während ihres folgenden Hospitalbesuchs zeigte es sich, dass die Heilung eine dauernde war. Die Larven waren segmentirt und von der Jodlösung etwas gefärbt. Sie waren aber lebendig und einige von ihnen entwickelten sich zu Fliegen, welche bei einer von Mr. Charles O. Waterhouse im Natural History Museum angestellten Untersuchung für Exemplare der Piophila casei, Linné, erklärt wurden. Die Larven dieser Fliege sollen von Käse, Schinkenfett und ähnlichen Stoffen im Allgemeinen leben. Die Heilung vollzog sich wahrscheinlich so schnell, weil die Nebenhöhlen der Nase nicht ergriffen waren.

Anknüpfend an eine Bemerkung des Vortragenden, dass kein specifischer Geruch von der Patientin ausgegangen sei, der etwa die Fliegen angelockt haben könne, frug Mr. Spencer, ob die Patientin Hunde hielt, und ob diese Fliegenform bei Hunden vorkäme. — Dr. Bond beantwortete diese Frage dahin, dass er nicht wüsste, ob die Patientin Hunde hielte; er habe überhaupt niemals von einem Fall gehört, in welchem diese Fliegenform bei menschlichen Individuen angetroffen sei.

Dr. J. W. Bond: Myxom des Kehlkopfs.

Der Patient war ein 50jähriger Mann, der bereits seit 20 Jahren heiser gewesen war. Eine erbsengrosse transparente Geschwulst befand sich an der Mitte der oberen Oberfläche des Randes des rechten Stimmbandes; sie wurde intralaryngeal entfernt und es trat sofort Verbesserung der Stimme ein. Mikroskopisch zeigte sich, dass es sich um ein reines Myxom handelte. Die Consistenz der Neubildung war geléeartig. — Der Vortragende lenkte die Aufmerksamkeit auf die lange Dauer des Leidens in diesem Fall und auf die Seltenheit reiner Myxome. Er hielt es für möglich, dass es sich in diesem Falle um eine Metaplasie handelte.

Dr. St. Clair Thomson: Myxom des Stimmbandes.

Die Patientin war eine 38jährige Schullehrerin, die seit mehr als Jahresfrist an Stimmschwäche und Heiserkeit gelitten hatte. Eine Geschwulst fand sich genau in derselben Stelle des rechten Stimmbandes wie in dem eben beschriebenen Falle Dr. Bonds, und es war bei der angeblichen Seltenheit dieser Geschwülste in der That ein höchst bemerkenswerther Umstand, dass beide Geschwülste an einem und demselben Nachmittage in Dr. Bond's Klinik im Throat Hospital entfernt wurden. Auch in diesem Falle schien es sich um ein reines Myxom zu handeln.

Der Präsident bemerkte, dass während diese Geschwulstform eine so äusserst seltene zu sein schiene, dass bis vor kurzer Zeit nur sechs Fälle im Ganzen berichtet worden seien, gegenwärtig innerhalb kürzester Zeit der Gesellschaft drei Fälle vorgestellt worden seien: einer von Dr. Bond, einer von Dr. St. Clair-Thomson und einer von ihm selbst vor wenigen Sitzungen (vgl. Centralblatt XII, S. 241). Sehr bemerkenswerth sei es auch, dass in diesen Fällen meistens die Anamnese von Heiserkeit so viele Jahre zurück datire.

Dr. Lambert Lack hatte ebenfalls einen ähnlichen Fall in diesem und einen zweiten im vorigen Jahre gesehen. — Dr. Kanthack erklärte, dass er sich mit der histologischen Untersuchung solcher Geschwülste seit mehreren Jahren beschäftigt habe; er war der Ansicht, dass es sich in den meisten derselben mehr um myxomatöse Degeneration handle, welche verhältnissmässig häufig sei, als um ächtes Myxom, das äusserst selten sei. Er schlug vor, die Präparate der Commission zur Untersuchung von Geschwülsten zu verweisen, welcher Vorschlag angenommen wurde.

Mr. Lawrence: Geschwulst am harten Gaumen eines Mädchens.

Die Patientin ist ein 11jähriges Mädchen mit einer warzigen gestielten Neubildung, die von der Mitte der Schleimhaut des harten Gaumens ausgeht und keine Beschwerden verursacht.

Mr. Symonds berichtet über eine kleine Dermoidcyste des weichen Gaumens.

Mr. E. C. Stabb zeigte eine Geschwulst (wahrscheinlich Adenom des weichen Gaumens bei einer Frau in mittleren Jahren, welche zufällig entdeckt wurde.

Mr. L. Lawrence: Geschwulst des Nasenraums.

Gewöhnlicher grosser Schleimpolyp ohne Cysten.

Dr. Dundas Grant: Ein langer Sinus cervicalis, der einer Bronchialfistel ähnelt.

Die Patientin war ein 19jähriges Mädchen; der Sinus ist wahrscheinlich der Ausführungsgang eines Drüsenabscesses und nur bemerkenswerth, weil man auch an eine Fistel branchiogenen Ursprungs denken konnte.

Dr. Dundas Grant: Weiterer Bericht über den in der Januar-Sitzung gezeigten Fall von Carcinom des Kehlkopfs.

Die Thyreotomie, die an dem Patienten vorgenommen wurde, war 20 Tage später vom Tode an Erschöpfung gefolgt. Die Obduction erwies Oedem und Congestion der Lungen und bereits Zeichen von Recidiv im Bereiche der Wunde. (Schon vor der Operation hatte der Referent dem Vortragenden seine Befürchtung ausgesprochen, dass die Operation eine sehr ausgedehnte werden würde.)

Mr. Spencer: Ein Fall von chronischer Heiserkeit bei einer Patientin mit chronischer Rhinitis und Pharyngitis.

Ein 19jähriges Dienstmädchen ist, so lange sie denken kann, heiser gewesen und hat in ihrer Kindheit an Obstruction der Nase gelitten, von der sie jetzt aber frei ist. Völliger Stimmverlust ist nur ein- oder zweimal nach Erkältung vorhanden gewesen. Bei der Untersuchung findet sich chronische Rhinitis und Pharyngitis sicca mit Crustenbildung. Im Kehlkopf zeigt sich, dass die Stimmbänder bei der Phonation zusammenkommen, aber sich nicht anspannen, und im Augenblick der Annäherung sich unregelmässig ausbauchen. Der Fall wurde vorgestellt als Beitrag zu der in der Gesellschaft schon öfters erörterten Frage des aetiologischen Zusammenhangs zwischen Nasen- und Kehlkopfleiden.

Dr. Clifford Beale meint, es sei genug im Kehlkopf zu finden, um die Heiserkeit zu erklären, ohne dass man nach einer Erklärung in der Nase zu suchen brauche; seiner Ansicht nach würde directe Stimulation des Kehlkopfs die Stimme verbessern. — Dr. M'Bride hatte bemerkt, dass ein gewisser Grad von Parese des linken Cricoarytaenoideus posticus vorhanden und dass das Stimmband selbst stark congestionirt sei; er hielt das Kehlkopfleiden nicht für functionell und hegte den Verdacht auf organische Erkrankung. Die Beobachtung der Erweitererparese wurde von Dr. Tilley bestätigt. — Mr. Symonds meinte, dass der Hauptsitz des Leidens in der Nase sei; er rieth dazu, die Nase zu behandeln und den Kehlkopf völlig in Ruhe zu lassen. — Mr. Spicer schloss sich völlig den letztgenannten Ansichten an. — Mr. Lake meinte, dass, wenn die Congestion des Kehlkopfs jüngeren Ursprungs wäre, sie sich durch Localbehandlung der Nase allein verbessern würde. In diesem Falle aber sei sie chronisch. — Der Präsident lenkte die Aufmerksamkeit auf den Umstand in der Anamnese, dass die Pat. seit ihrer frühesten Jugend heiser gewesen sei: solle man etwa einen intrauterinen Einfluss der Nase auf den Kehlkopf annehmen? Und wie solle das Nasenleiden die Erweitererparese des linken Stimmbandes verursacht haben? Er hoffte, dass Mr. Spencer der Gesellschaft die Gelegenheit geben würde, den Fall weiter zu verfolgen und bat darum, jedenfalls eine von zwei Methoden zu verfolgen, d. h. entweder den Kehlkopf oder die Nase allein zu behandeln, keineswegs aber beide zusammen. — Mr. Spencer erklärte in seiner Antwort, zunächst den Kehlkopf allein behandeln zu wollen.

Dr. H. Tilley: Ein Fall von Rachentumor, wahrscheinlich syphilitischer Natur.

Bei einer 33jährigen Frau mit syphilitischer Vorgeschichte fand sich eine

grosse eiförmige Schwellung an der hinteren Rachenwand gegenüber der Epiglottis, die den Einblick in den Kehlkopf verschloss. 14 Tage später hatte sich die Geschwulst nach Gebrauch antisyphilitischer Mittel bedeutend verkleinert und der Kehlkopf war nunmehr sichtbar.

Dr. W. Hill: Ein Fall von Nasentuberculose.

Das Präparat einer vom Septum entfernten für tuberculös gehaltenen Geschwulst wurde der Commission zur Untersuchung krankhafter Geschwülste überwiesen.

Mr. E. C. Stabb: Primärer Lupus des Gaumens und Kehlkopfs.

Demonstration eines Knaben, der auf dem Gaumen und dem Kehlkopf getrennte, besonders im Kehlkopf stark ausgebildete Manifestationen von Lupus aufwies.

Dr. M'Bride frug nach der Prognose in diesen Fällen: er habe eine ganze Anzahl derselben mit günstigem Verlauf gesehen und habe den Galvanocauter und Chromsäure local in Anwendung gezogen. Der Präsident erklärte, dass er, wenn die Theile leicht zugänglich wären, Curettement gefolgt von Einreiben von Milchsäure bevorzöge. Bei schon bestehender grosser Stenose im Kehlkopf fürchte er dagegen, durch den Gebrauch der Curette die Stenose zu vermehren, und habe mehrere dieser Fälle erfolgreich mit innerem Gebrauch von Arsenik und Leberthran ohne jeden Gebrauch localer Mittel behandelt. — Mr. W. R. H. Stewart bemerkte hierzu, dass er ebenfalls einen Fall unter seiner Behandlung habe, der beim blossen Gebrauch von Arsenik der Genesung entgegen ginge.

Sitzung vom 15. April 1896.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

Die ganze Sitzung war einer äusserst interessanten und belehrenden

Discussion über die Diagnose und Behandlung von Fremdkörpern in den oberen Luft- und Speisewegen

gewidmet, welche schon in der Februarsitzung durch einen längeren Vortrag von Mr. Charters Symonds eröffnet war, deren weitere Besprechung aber auf die Aprilsitzung vertagt wurde.

An der Discussion betheiligten sich die Herren Scanes Spicer, Lawrence, Kanthack, Lambert Lack, Cresswell Baber, Clifford Beale, Herbert Tilley, W. Hill, Dundas Grant, Adolph Bronner, W. R. H. Stewart, Charsley, Sherman, Jessop, Waggett und der Präsident, während das Interesse an dem Gegenstand noch durch die gelungenen cryptoscopischen Demonstrationen der Herren Rowland und Waggett gesteigert wurde, deren wir bereits im Briefkasten der Mainummer (Centralblatt XII, S. 260) gedacht haben.

In der Discussion kamen fast sämmtliche offene Fragen zur Sprache, die sich an die Diagnose und Behandlung von Fremdkörpern in den oberen Luft- und Speisewegen knüpfen, so die Frage der Gefahren für das Ohr durch gewaltsame Einspritzung von Wasser in ein Nasenloch, um Fremdkörper aus der Nasenhöhle zu entfernen: ferner die Gefahr des Hineingelangens von Fragmenten von adenoiden Vegetationen in den Kehlkopf, wenn die Operation in der Narcose in sitzender Stellung ausgeführt wird; weiterhin das mangelhafte Localisationsvermögen in den oberen Luftwegen; die Regel: jeder Digitalexploration eine sorgfältige Inspection bei guter Beleuchtung vorangehen zu lassen; die Persistenz von Sensationen lange nach der Entfernung des Fremdkörpers selbst. Die Rücksicht auf den uns zu Gebote stehenden Raum verbietet uns leider, auf alle diese Punkte näher einzugehen, sowie die zahlreichen, höchst belehrenden Fälle zu citiren, die von den einzelnen Rednern zur Stütze ihrer Ansichten herangezogen wurden. Abgesehen von dem Originalbericht in den Verhandlungen der Gesellschaft bringt das British Medical Journal in der Nummer vom 9. Mai 1896 einen sehr guten und ausführlichen Bericht über diese Punkte, auf welchen wir Interessenten verweisen müssen.

Mr. Charters Symonds erwiderte zum Schluss auf die verschiedenen ihm gemachten Einwürfe.

Sitzung vom 13. Mai 1896.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

(Das Programm dieser Sitzung war ein so ungemein reichhaltiges, dass ihre Dauer mehr als verdoppelt werden musste. Der uns zur Verfügung stehende Raum gestattet uns nur, die Details der vorgestellten Fälle kurz anzudeuten. Behufs ausführlicher Information muss auf die Verhandlungen der Gesellschaft selbst verwiesen werden.)

Zunächst erstattete das Comité für die Untersuchung krankhafter Geschwülste seinen Bericht über die Fälle von Dr. Bond, Dr. St. Clair Thomson und Dr. W. Hill. Die Kehlkopfgeschwulst im Fall Dr. Bond's (vergl. S. 562) wurde für ein myxomatös degenerirtes Fibrom erklärt; die ähnliche Geschwulst in Dr. St. Clair Thomson's Fall (vergl. S. 563) wurde als ein ödematöses Fibrom angesprochen; die von Dr. W. Hill gezeigte Geschwulst (vergl. S. 565) wurde für tuberculös gehalten.

Dr. Barclay Baron (Bristol): Membranöser Verschluss des Kehlkopfes.

Verwachsung der Stimmbänder bei einem 39jährigen Mann in Folge einer heftigen Entzündung, ohne vorangegangene Syphilis. Die Cricotomie war vorgenommen worden. So lange die Canüle in der so angelegten Oeffnung lag, erfolgte keine Verbesserung; als Tracheotomie vorgenommen und die Canüle aus

der ersten Wunde entfernt worden war, liess die Entzündung nach, und die Stimmbänder begannen sich etwas zu bewegen. Die Membran wurde mit dem Whistler'schen schneidenden Dilatator gespalten und mit Schrötter'schen Bougies dilatirt. Sehr bedeutende Verbesserung.

In der Discussion erwähnten Dr. de Havilland Hall und der Präsident ähnliche Fälle.

Dr. Felix Semon: Thyreotomie wegen Kehlkopfepitheliom.

Der Patient war ein 65jähriger Herr. Die Geschwulst nahm fast das ganze linke Stimmband ein, der Fall war durch Empyem des rechten Sinus frontalis complicirt. Thyreotomie nach bekannten Principien, schnelle Wundheilung, nur am dritten Tage unterbrochen durch Auftreten gangränöser Stellen in der Kehlkopfwunde, die vermuthlich durch Infection von der Nase aus erzeugt worden waren. Nach Auskratzung derselben ungestörte Heilung. Später Bildung von Granulationsgeschwülsten in der inneren und äusseren Wunde, die nach Elimination nekrotischer Knorpelstückchen verschwanden. Demonstration des Patienten während ihres Bestehens, um zu zeigen, dass nicht jede in solchen Wunden sich bildende Geschwulst sofort als Recidiv aufgefasst werden muss.

Dr. Bond: Ein Fall von uncontrolirbarem intermittirendem Kehlkopfschrei.

11jähriger Knabe, der in Zwischenräumen von 12 Secunden bis anderthalb Minuten plötzlich einen explosiven lauten sonderbaren Schrei ausstösst, welcher mit heftiger Contraction des Diaphragma und Erheben des weichen Gaumens einhergeht. Er wird niemals während einer laryngoscopischen Untersuchung ausgestossen, aber stets unmittelbar nach Beendigung derselben. Doppelseitiger Exophthalmus, adenoide Vegetationen, choreatische Bewegungen der Hände und Arme, allgemeine geistige Trägheit.

Der Präsident bezweifelte die organische Natur des Leidens und erhob die Frage der Simulation. — Mr. Stewart hielt die adenoiden Vegetationen für die Ursache der Affection. — Mr. Spencer erwähnte einen Fall von Krampfhusten, der nach Hypnotisirung sich in Krampfniesen veränderte, schliesslich Genesung. — Dr. Spicer führte den Augenbefund als Argument für die organische Natur des Leidens an. — Dr. de Havilland Hall rieth zu einer Seereise. —Dr. Bond war nicht der Ansicht, dass es sich um Simulation handele, er wollte die adenoiden Vegetationen enfernen, innerlich Arsenik geben und eine längere Luftveränderung anrathen.

Dr. Bond: Fall von tuberculöser Laryngitis, in dem die Thyreotomie vorgenommen worden ist.

Vornahme der Operation wegen Unsicherheit der Diagnose. Ausräumen der geschwollenen Theile der linken Kehlkopfhälfte. Genesung nach der Operation mit Zurückbleiben einer Kehlkopffistel. Die entfernten Massen ergaben sich als tuberculös.

Dr. Bond: Recidivirendes Sarcom der Nase.

Nach intranasaler Entfernung der vom unteren Theile des Septums ausgehenden Geschwulst $2^1/_2$jähriges Fortbleiben von Recidiven. Im März 1896 Recidiv; neue intranasale Entfernung; gegenwärtig frisches Recidiv. — Der Vortragende rieth in Fällen von Nasensarcom zu gelegentlicher intranasaler Entfernung, da er auch in anderen Fällen langes Ausbleiben von Recidiven beobachtet hat.

Mr. Creswell Baber erwähnte der schweren Hämorrhagien in solchen Fällen, berichtete aber auch von einem Fall, in welchem Recidiv ausgeblieben war. — Dr. Bennett und Dr. Lambert Lack würden sich ebenfalls auf gelegentliches Ausräumen der Nase beschränken. — Im Allgemeinen ging die Ansicht dahin, dass diese Nasensarcome keine besonders grosse Bösartigkeit besässen.

Mr. Lambert Lack: Fall von geheilter Kehlkopftuberculose.

Nach Milchsäurebehandlung und Curettements des schwer tuberculös afficirten Kehlkopfs so vollständige Heilung, dass kaum eine Spur von einer Narbe zurückblieb.

Mr. Lambert Lack: Fall von Lupus des Rachens.

Der Lupus ist vollständig auf den Rachen beschränkt und sein Auftreten ein acutes. Der Vortragende hielt solche Fälle für sehr selten, worin ihm der Präsident und Dr. Bond widersprachen.

Mr. Lambert Lack: Ein Fall von geheiltem Empyem. der Sinus frontalis und maxillaris.

Der Titel zeigt die Natur des Falls. Der Sinus frontalis wurde von aussen eröffnet, das Antrum durch einen Alveolus. Kein Recidiv.

Dr. H. Tilley: Fall und Präparate von Polypen im Sinus frontalis. Heilung.

Dieser und der vorhergehende Fall wurden gleichzeitig besprochen. Die Discussion drehte sich hauptsächlich darum, ob es zulässig sei, den Sinus frontalis von der Nase aus zu eröffnen, oder ob die äussere Operation vorgezogen werden solle. Der Präsident sprach sich entschieden gegen die intranasale Operation aus, und erwähnte den kürzlich von Mermod berichteten Fall, in welchem blosse versuchte Sondirung des Sinus frontalis (der, wie es sich später herausstellte, gar nicht vorhanden war) zu Meningitis und Tod führte. Ausserdem sei die anatomische Bildung des Sinus frontalis eine so ungemein wechselnde, und es fänden sich so häufige Nischen an den äusseren Theilen seines Bodens, dass es anatomisch völlig unmöglich sei, denselben von der Nase aus gründlich auszuräumen, wenn bereits Polypenbildung erfolgt sei. Endlich brachte er die Idee vor, ob man nach der äusseren Operation und Entfernung der ganzen Sinusschleimhaut nicht die entstandene Höhlung durch Einlage einer Füllung (z. B. von Aluminium) oder Einheilung einer Platte von Elfenbein etc. verdecken könne. — Dr. Scanes Spicer und Dr. Bennett waren mehr für die Operation von der Nase aus; ersterer meinte, dass er stets den vorderen Abschnitt der mitt-

leren Muschel entfernen würde, ehe er etwas Weiteres thäte. — Dr. Herbert Tilley schloss sich nach eigener anatomischer Untersuchung einer grossen Anzahl von Schädeln vollständig den Ausführungen des Präsidenten an. — Mr. Spencer meinte, dass Gyps sich für die Ausfüllung der Höhle empfehle, wogegen Mr. Stewart einwandte, dass diese Füllungsmasse zu schwer sei. — Dr. Dundas Grant erwähnte, dass es in einem Falle gelungen sei, decalcificirten Knochen in eine Knochenlücke einzuheilen. — Mr. Creswell Baber und Dr. William Hill berichteten eigene Fälle äusserer Operation. Mr. Lambert Lack meinte, es sei nicht nöthig, bei Polypenbildung die Sinusschleimhaut zu entfernen, worin der Präsident ihm widersprach.

Dr. Scanes Spicer: Ein Fall von Mycose der Tonsillen und des Pharynx.

Ein typischer Fall des Leidens.

In der Discussion rieth Dr. de Havilland Hall zum Gebrauch des Galvanocauters, und Dr. Bennett zur Application reiner Carbolsäure.

Dr. Brady (Sydney): Tonsillotom zur Entfernung der hypertrophischen Zungentonsille.

Ein gewöhnliches Mackenzie'sches Tonsillotom, im schneidenden Theil passend gekrümmt, um hypertrophisches Drüsengewebe von der Zungenbasis zu entfernen.

Dr. Furniss Potter: Kehlkopfkrebs.

Die laryngoscopische Untersuchung der 60jähr. Patientin zeigte eine grosse rothe Masse in der Gegend der Arytaenoidregion, welche bei Berührung leicht blutet aber nicht ulcerirt ist. An der linken Seite des Halses hinter dem Kopfnicker zwei vergrösserte Drüsen. Bedeutender Gewichtsverlust.

Dr. de Havilland Hall: Dunkles Kehlkopfleiden.

Der Patient war bereits am 10. Oct. 1894 der Gesellschaft demonstrirt worden (vergl. Centralblatt IX, S. 612). Er hat sich seitdem guter Gesundheit erfreut. Im Januar 1896 hat Professor Schech in München einige Geschwülste von der rechten Kehlkopfhälfte mit Zange und Curette entfernt. Am 21. Januar wurde ein Stück von der Spitze der Epiglottis excidirt, wonach erhebliche Blutung folgte. Angesichts des stationären Befunds im Kehlkopf und des guten Allgemeinbefindens zweifelte Dr. Hall, ob sich die Diagnose auf chronische Tuberculose aufrecht erhalten liesse.

Mr. de Santi: Neue Tracheotomiecanüle.

Für Patienten bestimmt, welche dauernd eine Canüle zu tragen und genügend Raum zur Expiration, wenn auch nicht zur Inspiration im Kehlkopf haben. Sie ist mit einem kleinen hohlen Metallstopfen versehen, in welchen eine kleine Klappe eingefügt ist, die sich bei der Inspiration öffnet und bei der Exspiration schliesst. Natürlich muss die Canüle in ihrer Convexität eine Oeffnung haben. Die Vorzüge der Canüle sind: 1. dass der Patient sprechen kann, ohne die Canüle mit dem

Finger verschliessen zu müssen; 2. dass er Schleim etc. durch den Kehlkopf und nicht durch die Canülenöffnung expectorirt; 3. dass er einen Hemdkragen tragen und sein Leiden vollständig verbergen kann.

Im vorstehend berichteten Falle Dr. Hall's hatte der Patient die Canüle seit sechs Monaten getragen, konnte deutlich sprechen und mit der Canüle lange Touren auf dem Bicycle zurücklegen. (Die Erfindung Mr. de Santi's scheint in der That eine äusserst werthvolle zu sein. Ref.)

Mr. Spencer: Erweitererlähmung.

Der Patient, ein 35jähr. Mann, hatte seit Juni 1882 eine Canüle getragen. Während er als Soldat in Egypten diente, bildete sich ein Abscess im Halse an dem vorderen Rande des Sternocleidomastoideus unmittelbar oberhalb dessen Insertion. Ein paar Stunden nach der Oeffnung des Abscesses trat plötzlich Athemnoth ein, welche die Vornahme der Tracheotomie an demselben Abend erforderte. Spätere Versuche die Canüle zu entfernen, scheiterten. Die Stimmbänder liegen dicht aneinander, die Sprache ist gut. Die Affection ist zweifellos syphilitischer Natur. Falls Perichondritis vorgelegen hat, ist das plötzliche Einsetzen des Leidens bemerkenswerth.

Dr. Felix Semon: Chronischer retropharyngealer Abscess bei einem Erwachsenen.

Ein Fall mit vollständig dunkler Aetiologie; kein Anzeichen von Knochenleiden oder Tuberculose; keine syphilitische Anamnese, aber Verbesserung unter Jodkali; Trauma ausgeschlossen.

Dr. Watson Williams: Farbige Abbildung eines Falles von bösartiger Erkrankung des Kehlkopfes im Frühstadium.

Bei einem 74jährigen Manne findet sich behinderte Abduction beider Stimmbänder, Heiserkeit der Stimme und leichte Verdickung an beiden Processus vocales. Der Vortragende hielt Angesichts der behinderten Stimmbandabduction dafür, dass es sich um bösartige Erkrankung und nicht um Pachydermie handle, eine Ansicht, welcher der Präsident und Dr. Scanes Spicer entgegentraten.

Semon.

III. Briefkasten.

Personalia.

Prof. v. Schrötter ist zum Hofrath, Dr. Onodi zum Mitglied der ungarischen Akademie der Wissenschaften, Dr. Burger zum Vorstand der städtischen (Universitäts-) Poliklinik in Amsterdam ernannt worden. — Der geschätzte französische Laryngologe Dr. Wagnier (Lille) ist nach kurzer Krankheit im Alter von nur 45 Jahren gestorben.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XII. Berlin, December. 1896. No. 12.

Jahresbericht

bearbeitet nach dem XII. Jahrgang des internationalen Centralblattes

(vom 1. Januar bis 1. November 1896)

von

Dr. **A. Kuttner.**

A. Allgemeines, Parotis, obere Luftwege etc.

Zur Physiologie der Athmung liegt eine Arbeit vor von Zuntz und Geppert (201), in der dieselben eine Angabe von Filehne und Kionka bekämpfen. Diese hatten sich die Vermehrung der Athmungsfrequenz bei erhöhter Muskelthätigkeit so vorgestellt, dass gewisse, im arbeitenden Muskel zur Ausscheidung kommende Umsatzproducte in die Blutbahn gelangen und von dieser zum Athmungscentrum fortgeführt werden, auf welches sie dann eine erregende Wirkung ausüben. Zuntz und Geppert vertreten hiergegen die Ansicht, dass gewisse in den Muskeln und in der Lunge vorhandene Nervenendigungen bei der Muskelarbeit erregt werden, denen die Vermehrung der Athmungsfrequenz zuzuschreiben ist. — Schenk (201) liess einen Menschen in einem abgeschlossenen Raum athmen; die Volumenschwankungen, die Schenk unter solchen Verhältnissen während der In- und Exspiration constatirte, glaubt er durch Temperaturveränderungen der Lungen- und Kastenluft bedingt, und diese wiederum suchte er durch eine vermehrte Wärmeabgabe des Körpers bei der Inspiration zu erklären. — Fenton B. Turk (261) äussert die Ansicht, dass in einer ganzen Anzahl von Fällen chronische Magenerkrankungen zurückzuführen sein dürften auf die Einwanderung von Mikroorganismen, die von bereits vorhandenen Mund-, Hals- oder Nasenerkrankungen herkommen. — Die Schädlichkeiten, die das Tabakrauchen mit sich bringt, werden ausführlich gewürdigt in einer Besprechung in der

American Laryngolocical Association (517) im Anschluss an einen Vortrag Mulhalls. Dieser sowohl wie die Redner, die sich an der Discussion betheiligten (Ingals, Seiler, Langmaid) sahen die unangenehmen Wirkungen des Tabakrauches nicht nur in den entzündlichen Localerscheinungen in den Halsorganen, sondern auch in den Uebelständen, die der dauernde Gebrauch eines Narcoticums, wie es der Tabak sicher ist, in seinem Gefolge haben muss. — Silk (148) wägt die Chancen der verschiedenen Anästhesirungsmethoden gegen einander ab und kommt zu dem Schluss, dass, wenn auch Lachgas mit oder ohne eine Beimischung von Aether zur Ausführung kurzdauernder Operationen genüge, Chloroform doch im grossen Ganzen allen Anforderungen am besten entspräche. — Gleitsmann (523) dagegen zieht bei kleineren Eingriffen, die sich in kurzer Zeit erledigen lassen, die Verwendung von Bromäthyl vor. — P. Rosenberg (263) glaubt, dass die in den Athmungs- und Herzstörungen begründeten Gefahren der Chloroformnarkose reflectorisch horvorgerufen werden durch die vom Chloroform ausgelöste Reizung der peripheren Trigeminusenden in der Nasenschleimhaut. Diesen Uebelstand meint er durch Cocainisirung der Nasenschleimhaut ausschalten zu können. — Boyd (263) hält es für gefährlich, bei Halsoperationen die Narkose solange fortzusetzen, bis die Kiefermuskeln erschlaffen, weil gerade bei diesen Muskeln der Nachlass der Spannung bei der Chloroform- und Aethernarkose erst sehr spät eintritt. — Mit den Fisteln der vorderen Halsgegend und den Schwierigkeiten, welche diese gelegentlich der Therapie entgegensetzen, beschäftigen sich die Arbeiten von Sutton (200) und Mounier (200), — ein Patient dieses Autors wurde 22mal wegen einer im Anschluss an eine congenitale Cyste am Zungenbein entstandenen Fistel operirt — und Posthumus Meyes (525) und König (525). — Lichtwitz (99) hat eine Kiemengangfistel durch Elektrolyse geheilt. In zwei ähnlichen Fällen versagte diese Methode.

B. Nase und Nasenrachenraum.

Die Entwicklungsgeschichte und Anatomie der Nase hat durch die Untersuchungen Killian's (202, 526) über das Siebbein und die Septumfalten eine Ergänzung erfahren, die in verschiedener Beziehung zur Aufstellung neuer Gesichtspunkte geführt hat. — Boenninghaus (480) lieferte eine Arbeit über die Histologie der Nasenschleimhaut. In der Regio respiratoria fand derselbe Schleimdrüsen, deren Bau er ausführlich beschreibt. — Hopmann (263) glaubt mittelst seiner Abgussmethode den Nachweis erbringen zu können, dass Engen und Unregelmässigkeiten in der Gegend der Choanen und deren Umgebung nicht allein in Folge von geschwürigen Processen, sondern auch durch fehlerhafte Anlage und Wachsthumsstörungen bedingt seien. — Baumgarten (188) zeigt eine Patientin mit membranösem Verschluss beider Choanen, bei der sich nicht mit Sicherheit feststellen liess, ob die Membran angeboren oder durch Lues entstanden war. — Einen angeborenen, einseitigen Choanenverschluss demonstrirt Schoetz (560). — Schutter (35) stellt einen Kranken mit angeborener Choanalatresie vor. Er macht darauf

aufmerksam, dass in diesem Falle die Veränderungen, welche Ziem bei einer Verschliessung der einen Nasenhälfte während der ersten Lebensjahre für die Entwicklung des Gesichtsskelets angiebt, fehlen. — Eine angeborene seitliche Spaltbildung der Nase, die durch einen Defect der knorpligen Scheidewand und des Knorpels des rechten Nasenflügels bedingt war, demonstrirt Rosenfeld (321). — Moldenhauer (85) beobachtete eine bisher noch nicht beschriebene Art der Nasenverengerung, die durch eigenartige Hypertrophien der beiden Oberkiefer bedingt war. Diese hatten die Gestalt von halbkugligen, das Nasenlumen fast aufhebenden Tumoren angenommen. — Mit der Physiologie der Nase beschäftigt sich eine Arbeit von Lannois (202). Dieser versucht, nachdem er die Histologie des peripheren und centralen Geruchsapparates genau erörtert hat, die physiologische Leistung der einzelnen Theile desselben festzulegen. — Zwaardemaker (35, 528, Zwaardemaker und Reuter (529) haben das Linné'sche System der Geruchsempfindungen einer Revision unterzogen und sich um die weitere Ausbildung desselben bemüht. — Zur Pathologie der Geruchsempfindung liefern interessante Beiträge — Parosmie und Hyposmie — Tilley (202) und Srebrny (202). — Zarniko (89) meint, dass die meisten der sogenannten subjectiven Gerüche in Wirklichkeit objectiver Natur seien und ihren Ursprung der Anwesenheit eines versteckten Empyems verdankten. — Einen ganz eigenartigen Fall von Chromidrosis demonstrirte Geschelin (3); die Nasenhaut seines Patienten schwitzte eine eigenthümliche blaugefärbte Masse aus. — Gegen die Zwaardemaker'sche Methode zur Bestimmung der nasalen Durchgängigkeit für die Athmungsluft erhebt Kayser (202) den Einwand, dass dieses Verfahren nur die Differenz in der Athmungsleistung der beiden Nasenseiten erkennen lasse, ohne von deren absoluter Leistungsfähigkeit ein deutliches Bild zu geben. Um dieses Ziel zu erreichen, hat Kayser ein neues Instrument construirt. Dasselbe ist nach dem Princip gebaut, dass die Zeit, welche zur Ansaugung einer bestimmten Luftmenge gebraucht wird, das Maass für die Leistungsfähigkeit der Nase abgiebt. — St. Clair Thomson und Hewlett (476), die in einer früheren Arbeit dargethan hatten, dass von jedem Culturmenschen unendliche Mengen von Mikroorganismen eingeathmet werden, haben sich bemüht, über den Verbleib dieser Auskunft zu schaffen. Sie fanden bei ihren Untersuchungen, dass der bei weitem grösste Theil dieser Mikroben schon am Naseneingang zurückgehalten wird. Die in das Innere der Nase gelangenden Keime finden in dem normalen Nasenschleim einen Nährboden, der ihrem weiteren Fortkommen durchaus ungünstig ist. Die Fortschaffung aus der Nase besorgen die Cilien der Epithelien, vielleicht auch in geringem Maasse die Phagocytose. Auf Grund dieser Versuche hält St. Clair Thomson (478) die normale Nasenhöhle für aseptisch und verwirft jede antiseptische Ausspülung zu Desinfectionszwecken; zur Abspülung von Secret und Eiter genügt ihm eine alkalische Lösung. — Die verschiedenen Arten des Nasenblutens bespricht Wróblewski (209); diejenigen Fälle, die auf einer Erkrankung der inneren Organe beruhen, erfahren eine besonders ausführliche Erörterung. — Von Interesse ist die Mittheilung Veeders (209) und anschliessend an diese Publication eine Notiz der Phil. Med. News (209), durch die einige Fälle von Nasenblutungen veröffentlicht werden, bei denen nach der Tamponade der Nasenhöhle das Blut zu den Thränen-

punkten des Auges heraustrat. — Zur Stillung von Nasenbluten empfiehlt Gillette (209) angelegentlichst Wasserstoffsuperoxyd. — Ueber günstige Erfolge, die durch eine Localbehandlung der von der Nase ausgehenden Reflexneurosen erzielt worden sind, wird von verschiedenen Seiten berichtet. So bringt Siethoff (36) zwei Fälle von typischer Epilepsie zur Kenntniss, bei denen es ihm gelang, durch Behandlung gewisser Abnormitäten in der Nase (Crista septi narium und Hypertrophien der Muscheln) eine Heilung zu erzielen. E. Squire und Greville Mc Donald (46) berichten in einer Discussion gelegentlich eines Vortrages von Goodhart (45) von den guten Erfolgen, welche sie bei Krampfasthma durch die Behandlung gleichzeitig bestehender Nasenabnormitäten zu verzeichnen gehabt hätten. — Dünges (45) sah einmal nächtliche Asthmaanfälle, bedingt durch einen üblen Geruch, der von dem Heu oder Seegras ausging, mit welchem das Kopfkissen des Patienten gefüllt war. — Als nasale Reflexneurose wird auch das Heufieber von Joal und Leseur (265) aufgefasst. Zu seiner Entwicklung bedarf dasselbe nach Ansicht dieser Autoren einer gewissen nervösen Anlage und einer nasalen Hyperexcitabilität. Geruch, Wärme, Staub u. s. w. bilden nur die Gelegenheitsursachen, die auf Grund einer vorhandenen Grundlage die einzelnen Anfälle auslösen. Im Gegensatz zu dieser Anschauung kommt Strangways (425) auf den früher allgemein angenommenen Einfluss der Pollen zurück. Er glaubt, dass diese in der alkalischen Lösung, die sie in der Nase vorfinden, eine Toxine entwickeln, die zu einer vasomotorischen Parese und auf Grund dieser zu Secretionsanomalien führen. Diese sind es dann, welche die Niessparoxysmen veranlassen. Gemäss dieser Theorie verordnete Strangways in 17 Fällen von Heufieber saure Lösungen zu Nasenspülungen und gab innerlich reichliche Mengen Salzsäure; der Erfolg dieser Therapie war nach Strangways ein zufriedenstellender. — Auch Daly (517) hebt die Beziehungen, in denen die vasomotorischen Störungen der Nase zu den Erkrankungen der oberen Luftwege stehen, hervor und kommt bezüglich des Heufiebers und Krampfasthmas zu der Anschauung, dass diese Affectionen in einer grossen Zahl der Fälle als nasale Reflexneurosen aufzufassen seien. Dem gegenüber betont Simpson (517) in der Discussion, die sich an diesen Vortrag anschloss, dass er von der Theorie der Reflexstörungen ziemlich zurückgekommen sei. — Interessante Befunde von Hydrorrhoea nasalis werden mitgetheilt von Flatau (558), Poulsson (368) und Rueda (369). In all' diesen Fällen trat die Secretion attackenweise auf. Bei der Patientin von Rueda schien der Nasenfluss sich vicariirend dreimal hintereinander für die ausgebliebene Menstruation eingestellt zu haben. Poulsson sah von Atropin, Rueda von Argentum nitricum günstigen Erfolg. — Fink (82) beobachtete drei Kranke mit diesem Leiden, die durch Behandlung gleichzeitiger Anomalien im Innern der Nase nicht immer dauernd geheilt werden konnten. Er bekämpft die Ansicht von Bosworth, nach welchem diese Krankheit auf einer abnormen Thätigkeit der Vasomotoren beruhen soll. Er hält vielmehr eine Affection der Drüsennerven für die Ursache desselben. — Bergengrün, Tuisley, Fink, Lewy (203) erörtern die unangenehmen Folgezustände, welche durch Nasenverengerung und Schnupfen für den Gesammtorganismus entstehen können. — B. Fraenkel (204)

macht auf eine besondere Art der Coryza aufmerksam, die häufig Eisenbahnreisende befällt und die er auf die Einwirkung von Staub, Kohlentheilchen u. s. w. bei bereits bestehender Ueberempfindlichkeit der Nasenschleimhaut zurückführt. — Fougeray (204) bekämpft die Ansicht, dass jeder Schnupfen bei Neugeborenen als eine blennorrhoische Affection aufzufassen sei. In einem genau untersuchten Falle konnte er die Mitwirkung von Gonokokken mit Sicherheit ausschliessen. — Bei Gelegenheit der Demonstration einer hochgradigen Kehlkopfstenose in der Londoner laryngologischen Gesellschaft durch Spencer (249) kommt die Frage zur Erörterung, ob derartige schwere Kehlkopfleiden, wie Havilland Hall und Scanes Spicer anzunehmen geneigt sind, wirklich durch eine Behinderung der Nasenathmung hervorgerufen werden könne. Semon, Baber, Grant, Permewan betonen dem gegenüber, sie gäben gern zu, dass eine erhebliche Behinderung der Nasenathmung nicht ohne Einfluss auf das Befinden der Halsorgane sei, doch hielten sie es für durchaus ausgeschlossen, dass eine Beeinträchtigung der Nasenathmung je solch' hochgradige Veränderungen im Kehlkopf, wie sie der vorliegende Fall zeigte, veranlassen könne. Eine ähnliche Discussion über den Einfluss von Nasenleiden auf den Kehlkopf fand statt in der Londoner laryngologischen Gesellschaft (564). — Die alte Frage, ob man Hypertrophien der Muscheln besser mit der kalten oder der galvanokaustischen Schlinge operire, erfuhr eine neue Erörterung in der 67. Versammlung deutscher Naturforscher zu Lübeck im Anschluss an Vorträge von Winckler (83) und Moldenhauer (84). Bei dieser Gelegenheit präcisirten Walb, Zarniko und verschiedene andere Autoren ihre Stellung zu dieser Frage. Eine Einigkeit aber wurde hier so wenig wie bei früheren Discussionen erreicht. Die Electrolyse für diese Fälle wird empfohlen von Hélat (103).

Die Rhinitis caseosa ist nach Klingel (205) nicht als besondere Krankheitsform aufzufassen. — Siebenmann (87, 205) wünscht die trockenen Catarrhe der knorpeligen Nase und die mit Epidermisirung einhergehenden Processe am knorpligen Septum unter dem Namen „Rhinitis sicca" zusammenzufassen. Die Zuckerkandl'sche Xanthose, das Ulcus perforans, der blutende Septumpolyp stehen nach Siebenmann in naher Beziehung zu der Rhinitis sicca, die sich nach seiner Meinung in etwa 10 pCt. der Fälle von allen Nasenerkrankungen nachweisen lässt. — Dass das Ulcus perforans septi narium eine Gewerbekrankheit der Salzmüller ist, geht aus Beobachtungen von Müller (369) hervor. — Freudenthal (210) fand bei Erkrankungen des Nasopharynx eine nicht unwesentliche Verminderung des Feuchtigkeitsgehalts der Einathmungsluft. Die Trockenheit der Luft in unseren Wohnräumen, besonders im Winter, betrachtet er als eine der wesentlichsten Ursachen für die Erkrankung des Nasopharynx.

Die bakteriologischen Untersuchungen der Rhinitis fibrinosa haben nach der Mehrzahl der neuerdings gewonnenen Resultate einen Zusammenhang dieser Affection mit der Diphtherie für viele Fälle wahrscheinlich gemacht. So wurden nach Ravenel (14) bei 41 Fällen 33mal der Klebs-Löffler'sche Bacillus gefunden. Auf Grund dieses Ergebnisses ist Ravenel geneigt, jede Rhinitis membranosa als Nasendiphtherie aufzufassen. — Treitel und Koppel (43) fanden gleichfalls in 2 Fällen vollvirulente Diphtheriebacillen. Die ausgedehnten Untersuchungen

von E. Meyer (481, 560) ergeben, dass ausser dem Diphtheriebacillus auch noch andere Mikroorganismen diese Erkrankung hervorzubringen im Stande sind. Pluder (482) kommt zu den gleichen Schlüssen wie Ravenel. — Stier (46) hat 172 Schädel in Bezug auf ihr Verhalten des Nasenseptums untersucht. Ein grades Septum fand sich beim männlichen Geschlecht in 25 pCt., beim weiblichen Geschlecht in 72 pCt. der Fälle. — Guye (31) demonstrirt einen Patienten, bei dem die Leisten der Nasenscheidewand eine so ausgesprochene Neigung zu Recidiven zeigten, dass keine von den angewandten Operationsmethoden einen endgiltigen Erfolg zu erzielen im Stande war. Erst durch eine lang dauernde orthopädische Behandlung konnte schliesslich eine Heilung erreicht werden. — Casselberry (461) spricht über die Behandlung von Spinen mittelst Electrolyse und kommt zu dem Schluss, dass diese Methode, die neuerdings wieder von Ballenger (532) empfohlen worden ist, nur bei knorpligen Auswüchsen auf Erfolg rechnen könne. Newcomb, Daly, Shurly (462) u. a. m. benutzen bei der Discussion die Gelegenheit, um gegen diese ganze Behandlungsart energisch Protest zu erheben. — Gussenbauer (8) veröffentlicht zwei Operationsverfahren, durch die er mit möglichst geringer Entstellung durch die nachfolgende Narbe eine temporäre Resection des gesammten Nasengerüstes zur Freilegung des Sinus frontalis, ethmoidalis, sphenoidalis und der Orbitalhöhlen ermöglicht. — Verbesserungsvorschläge für die bisher geübte Art der Rhinoplastik werden gegeben von Schimmelbusch (151), Jonnesco, Lindner, Chaput (152). — Berger (530) verwandte mit Erfolg die italienische Methode der Rhinoplastik und Girdner (530) zog zum Ersatz der durch Lupus zerstörten Nase den Mittelfinger heran. — Eine neue Prothese für Defecte des knöchernen Nasengerüstes giebt Villa (4) an. — Delorme (322) theilt mit, dass er die von Martin und Chaput empfohlene Prothese in drei Fällen wieder habe entfernen müssen, weil das Gewebe dieselbe nicht vertragen habe.

Fälle von blutenden Septumpolypen werden mitgetheilt von A. Kohn (322) und Biehl (102). Biehl ist der Meinung, dass das klinische Bild diesen Namen rechtfertigt, obgleich die histologischen Verhältnisse dieser Tumoren keine besonderen Characteristica zeigen. Dem gegenüber heben B. Fraenkel, Alexander, Kuttner (137) hervor, dass sie wiederholentlich derartige Geschwülste gesehen hätten, die unter dem Mikroskop das Bild des blutenden Septumpolypen gegeben hätten, ohne je im Leben eine Blutung veranlasst zu haben. Andererseits treffe man häufig auf stark blutende Tumoren am Septum, deren histologisches Gefüge sie in eine andere Geschwulst-Categorie verweist. Deshalb erscheint diesen Autoren der Name „blutender Septumpolyp“ durchaus ungeeignet. — Weiter berichten über Geschwülste der Nasenscheidewand Arslan, Strazza (103); Stewart (251); Well (370); Lacoarret (370), der ein tuberculöses Gumma am Septum sah, und Hicguet (370), der 6 Fälle von tuberculösen Septum-Geschwülsten beobachtete, die immer mit einer lupösen Hautaffection combinirt waren.

Zahlreiche Arbeiten beschäftigen sich mit den verschiedenen Arten der Nasengeschwülste und ihrer Behandlung; wir erwähnen von denselben: Sikkel (36): Lymphoma carcinomatosum; Guye (37): Choanalpolyp; Grünwald (42): Sarkom der Keilbeinhöhle; Zarniko (87): Papilloma durum; de Buck und Van-

derlinden (150): Dermoidcyste; van Duyse (150): Endotheliom; Brindel (533, 534): Epitheliom und Myxom; Liaras (153): Osteom der Stirnhöhle. Nasenrachenpolypen wurden beobachtet von ten Siethoff (37) und Stanley Boyd (48); der Letztere hatte zur Entfernung des von ihm beobachteten Tumors die temporäre Resection des Oberkiefers vorgenommen; demgegenüber bemerken Walsham und Wallis, dass sie in solchen Fällen die Spaltung des weichen und die Abtragung eines Theiles des harten Gaumens als eine weniger entstellende und weniger eingreifende Operationsmethode vorzögen. — Sarkome kamen zur Behandlung bei Olschewsky, Güder, Stamatiades, Ledermann, Coley, van Buren, Jarvis (324—325), Mierendorf (371). Ledermann, van Buren und Jarvis sahen in verzweifelten Fällen noch günstige Erfolge von der Unterbindung der Carotiden. Coley berichtet von aufmunternden Resultaten, die er bei der Injection von Erysipel- und Prodigiosus-Toxine gesehen habe. Ficano (323) und Pierce (323) dagegen konnten durch die Einspritzung der Erysipel-Toxine keinerlei Besserung erzielen. — Betreffs der Aetiologie der Nasenpolypen waren gelegentlich einer Discussion, die in der laryngologischen Section der British Medical Association (299) stattfand, sämmtliche Redner, darunter Guye, Luc, Mc Bride, Zuckerkandl, Hodgkinson, Hill, Bosworth, Spicer, M. Schmidt, darüber einig, dass die Theorien von Woakes und Grünwald in der Ausdehnung, die ihnen diese Autoren gegeben hätten, nicht stichhaltig seien. Ethmoiditis und Empyeme der Nebenhöhlen könnten wohl gelegentlich Veranlassung zur Entstehung von Polypen geben, sehr häufig aber entstünden diese ganz unabhängig von den genannten Ursachen. Nach Mc Bride sind die Schleimpolypen nichts anderes als ödematöse Fibrome, die histologisch auf derselben Stufe stehen wie die Hypertrophien der unteren Muscheln. Die geringfügigen Differenzen zwischen beiden Tumorarten ergeben sich aus der Verschiedenheit des jedesmaligen Mutterbodens und aus der Gestalt der Umgebung, in der die Geschwülste wachsen. Aehnliche Ansichten werden vertreten von Spicer, Zuckerkandl und M. Schmidt. Man neigt zu der Ansicht, dass die Schleimpolypen überhaupt nicht für echte Neubildungen, sondern für Gebilde rein entzündlichen Ursprunges zu halten seien. — Mittheilungen über das Rhinosklerom rühren her von Péan (323), Blawdsewicz (371) und Freudenthal (534). Péan hatte durch eine energische Resection des erkrankten Gewebes den Process zum Stillstand gebracht. — Die verschiedenen Arten der Acne rosacea und ihre zahlreichen Behandlungsmethoden werden in einer ausführlichen Arbeit besprochen von Heuss (529). — Koschier (370) veröffentlicht eine Studie über die mannigfaltigen Formen, in denen sich die Tuberculose der Nase zu zeigen pflegt. Er unterscheidet 1. flache Geschwüre, 2. Tumorbildung, 3. Knochenaffectionen, 4. lupöse Formen. Bei jeder dieser Formen wird an instructiven Beispielen die Pathologie, Therapie und Prognose des betreffenden Processes erörtert. Simonin (484) bespricht die Beziehungen der Nasentuberculose zu dem sogenannten Pseudolupus. — Casuistische Beiträge zum Capitel der Nasentuberculose liefern Pluder (209, 483), Sachs (483), Polyak (484). — Sehr häufig wurden syphilitische Affectionen, sowohl Früh- als Spätformen, im Innern der Nasenhöhle gefunden. Wir führen an die Berichte von Ripault (47), d'Aulnay (102), Brunon,

Pierce, Stangenberg, Rueda (208), Sommers, Wróblewski (483), Lermoyez (47). — Die Zahl der Fremdkörper, Zähne und Steine, die in der Nase gefunden wurden, ist wiederum eine sehr grosse gewesen. Eine lange Reihe diesbezüglicher Berichte findet sich zusammengestellt auf Seite 267, 268, 372, 427, 428. Besonders hervorzuheben aus all' diesen Mittheilungen dürften sein die Befunde von Pascal (47), Jourdran (268) und Bond (562), die lebende Larven aus den Nasen ihrer Patienten entfernten. — Zur Erklärung der Genese der Rhinolithen wird jetzt fast übereinstimmend das Vorhandensein eines Fremdkörpers als Basis und Centrum angenommen, um den sich krystallinische und bakterielle Anhäufungen bilden.

In Sachen der Ozaena steht nach wie vor im Vordergrund des Interesses die Frage nach der Aetiologie dieser schwer zu deutenden Erkrankung. Abel (368) tritt von Neuem für die Specifität seines Bacillus mucosus Ozaenae ein. Er theilt mit, dass es ihm in einem Fall gelungen sei, durch Einbringung desselben in eine gesunde Nase das Anfangsstadium der Ozaena hervorzurufen. — Baurowicz (44) hat die verschiedensten Nasenaffectionen untersucht, um sich über die Zuverlässigkeit der bakteriologischen Untersuchungen von Abel, Paulsen und Löwenberg ein Urtheil zu verschaffen. Er fand das von Löwenberg beschriebene Kapselbacterium in jedem einzigen der 7 von ihm untersuchten Ozaena-Fälle, während dasselbe bei allen anderen Nasenerkrankungen, selbst bei der Rhinitis atrophicans, fehlte. Baurowicz bestätigt alle Angaben, welche Löwenberg über den Unterschied zwischen diesem Bacillus und dem Friedländer'schen Bacillus gemacht hat. Da sich in 6 von diesen 7 Fällen stinkende Bakterien entwickelten, die bei fötiden, nekrotischen Processen tertiärer Lues fehlten, so glaubt Baurowicz die Annahme nicht von der Hand weisen zu dürfen, dass die Kapselbakterien die Ursache des der Ozaena eigenthümlichen Geruches seien. Die Unterschiede zwischen dem Löwenberg'schen und dem Frisch'schen Sklerombacillus sind nach Baurowicz weniger principieller als gradueller Natur. Baurowicz hat den Versuch gemacht, Skleromkranken den zur Atrophie führenden Löwenberg'schen Bacillus einzuimpfen; über die Resultate dieser Behandlung soll später berichtet werden. — Auch Strübing (206) hält auf Grund ausgedehnter bakteriologischer Untersuchungen die Ozaena für eine bakterielle Erkrankung, deren Frühdiagnose durch den Nachweis des charakteristischen Pilzes weit früher gestellt werden könne, als durch jede andere Erscheinung, die im Anfang der Erkrankung fehlen könne. Die Atrophie pflegt sich erst bei längerer Dauer der Erkrankung einzustellen; der Fötor ist nicht constant, da dieser, wie Kuttner gezeigt hat, nicht dem frischen Ozaenasecret, sondern nur den zu Borken eingetrockneten Massen anhaftet. Die Borkenbildung selbst ist zwar constant bei der Ozaena, aber sie findet sich auch bei anderen Erkrankungen, so dass kein Symptom für sich allein eindeutig ist. Bei schweren Fällen findet sich der Ozaenabacillus auch im Kehlkopf. Zur Reinigung der Nase wird der Kuttner-sche Wasserdampfapparat empfohlen. — Abbate (45) bespricht die verschiedenen Theorien, welche augenblicklich über das Wesen der Ozaena in Discussion sind, und kommt zu dem Schluss, dass nach den neuesten Untersuchungen die Meinung von dem bakteriellen Ursprung dieses Leidens die meiste Wahrscheinlichkeit für

sich habe. — Schestakow (207) dagegen hält weder die mechanische noch die chemische noch die bakterielle Theorie der Ozaena für bewiesen. Für ihn scheint von wesentlicherer Bedeutung die constitutionelle Anlage, die aber mit Syphilis und Skrophulose nichts zu thun hat. Dahingegen sei bei Ozaenakranken stets eine tuberkulöse Erkrankung zu fürchten. — Zarniko (88, 229) giebt auf Grund eines Falles von Ozaena der Trachea, bei der oberhalb der Glottis alle Luftwege normal waren, der Ueberzeugung Ausdruck, dass die Ozaena eine durchaus selbstständige Erkrankung sei. Auf Grund seiner Beobachtung glaubt Zarniko sowohl die Zaufal'sche, als die E. Fränkel'sche, als die Grünwald'sche Hypothese für die Aetiologie der Ozaena zurückweisen zu dürfen. Er ist der Ansicht, dass entsprechend der Einheit des pathologisch-anatomischen Substrates — der Verhornung des Pflasterepithels — auch eine ätiologische Einheit anzunehmen sei, und sieht diese in einer Trophoneurose der Nasenschleimhaut und des Gerüstes. Das Löwenberg'sche Bacterium möchte er nicht sowohl für die Ursache der Erkrankung, als für diejenige des Fötors ansehen. — Saenger (90) hält die abnorme Weite der Nasenhöhle für ein regelmässiges Vorkommniss bei der Ozaena und macht die Schwankungen des respiratorischen Luftdruckes in der Nase für die Ausbildung der Krankheitserscheinungen verantwortlich. Durch Anwendung seines Nasenobturators, durch welchen eine Regulirung der Luftdurchströmung der Nase bedingt wird, hat Saenger Besserung und Heilung der Krankheitserscheinungen gesehen. — Cheval (207, 409) bringt zur Mittheilung, dass er die Ozaena nach Gautier's Vorgang durch Electrolyse der mittleren Muscheln in 91 pCt. der Fälle in kürzester Frist heilen konnte. Rousseaux, Capart (409) und neuerdings auch Bayer stützen diese Angabe. Nach Capart (409) spielt die Erblichkeit und Ansteckbarkeit bei der Ozaena eine grosse Rolle. — Die Erfolge der Schleimhautmassage werden neuerdings gerühmt von Tissier (104). — Störk (131) berichtet über mehrere Fälle, in denen Nasenerkrankungen, besonders solche die unter Eiterungen verliefen, zu eitriger Meningitis geführt haben.

Die Bearbeitung der Nebenhöhlenerkrankungen hat im Laufe des letzten Jahres wesentlich neue Gesichtspunkte nicht zu Tage gefördert. Man hat sich darauf beschränkt, eine grössere Menge neuen Materials zu sammeln und die früher gefundenen Resultate zum Theil zu ergänzen, zum Theil zu corrigiren. So haben Herzfeld und Heymann (154) und Dmochowski (154) die bacteriologischen Verhältnisse der Kieferhöhleneiterungen untersucht und die verschiedensten Mikroorganismen dabei gefunden. Die Arbeit von Dmochowski bringt ausserdem noch eine Reihe hierher gehöriger pathologisch-anatomischer Détails. — Auf die klinischen Erscheinungen und die Therapie der Highmorshöhlen-Empyeme beziehen sich eine ganze Reihe von Arbeiten; so erwähnt Avellis (155) 2 Fälle, von denen der eine ein Magenleiden vortäuschte, der andere ein Oedema fugax; — Wohnlich (155) hat das Material der Jurasz'schen Klinik verarbeitet; — Strazza (156) veröffentlicht 2 Fälle, die seines Erachtens mit der Cozzolino-schen Rhinitis sicca identisch waren. — Backer (157) sah eine Eiterung der Kieferhöhle, die mit einer solchen des Processus mastoideus combinirt war. — In einem Falle von Flatau (239) führte das Empyem des Sinus maxillaris unter schweren Allgemeinerscheinungen zu einer ausgedehnten Sequestration der late-

ralen Nasenwand; in einem Falle von Germann (330) zu Neuralgie im I. Trigeminusaste. — Noltenius (158) beobachtete in 37 Fällen eine Ansammlung seröser Flüsstgkeit in der Highmorshöhle. — Wright (156) empfiehlt in chronischen Fällen, bei denen keine Zahnerkrankung vorliegt, die breite Eröffnung von der Fossa canina aus. — Für die Nachbehandlung rühmt Burger (157) die Jansen'schen Kautschukprothesen. — Carr (332), Brandt (332) treten von Neuem dafür ein, dass in der überwiegenden Zahl der Erkrankungen in einer Affection der Alveole oder der Zähne die Ursache zum Empyem zu suchen sei. — Kekwick (332) sah eine Erkrankung des Sinus maxillaris durch Tuberkulose, Hamilton (332) eine solche durch Carcinom. — Weitere, zum Theil casuistische, zum Theil zusammenfassende Beiträge, liefern Raugé (155), Lloyd (156), Schleicher, Dor, v. Chrzanowski, Mc. Bride (158) u. a. m. — Auf die Durchleuchtung kommt Ziem (159) noch einmal zurück, um wiederum hervorzuheben, dass diese Methode weder bei ihrem positiven, noch bei ihrem negativen Ausfall irgend einen sicheren Schluss zulasse. Auch das Fehlen der subjectivem Lichtempfindung scheint ihm nicht beweisend; als das einzige zuverlässige Mittel zur Diagnosenstellung bleibt ihm die Anbohrung mit nachfolgender Ausspülung. Hiergegen hat nun Burger in einer jüngst erschienenen Arbeit, die unter seiner Leitung von Wilkens (Amsterdam, de Bussy 1896) angefertigt wurde, Stellung genommen. Wilkens bemüht sich, den Nachweis zu erbringen, dass die Durchleuchtung, wenn auch kein absolut zuverlässiges, so doch immerhin ein sehr werthvolles, der Durchspülung ziemlich gleichwerthiges, Mittel zur Diagnosenstellung bei Kieferhöhlenempyem sei. Auch der negative Ausfall der Durchspülung sei durchaus nicht immer für das Nichtvorhandensein eines Empyems beweisend.

In den localen Necrosen des Siebbeins sieht Bosworth (523) nicht das Resultat einer local entzündlichen Störung, sondern den Ausdruck einer constitutionellen Erkrankung. Er sowohl (465) wie auch Hellmann (330) beobachteten je einen Todesfall auf Grund einer eitrigen Siebbeinentzündung. — Baumgarten (8) nimmt 4 Formen der Siebbeinerkrankung an: 1. Caries und Necrose; 2. Caries und Necrose mit Eitersackbildung; 3. mit Polypenbildung; 4. mit ossificirender Tendenz.

Mit den Empyemen der Stirnhöhle beschäftigt sich eine gründliche Studie von Herzfeld (6). Dieser wünscht die acute und die chronische Form der Erkrankung streng von einander geschieden zu sehen; denn die erstere heilt bei zweckentsprechendem Verhalten meist spontan. Die Ausheilung der letzteren dagegen ist trotz aller Kunsthilfe schwierig und langwierig. Schon die Diagnose des chronischen Empyems des Sinus frontalis ist durchaus nicht einfach, da meistenstheils kein absolut eindeutiges Symptom vorhanden ist. Gewöhnlich muss man, wenn nicht gerade typische örtliche Erscheinungen vorliegen, aus der Combination verschiedener Symptome die Entscheidung herleiten. Die Stelle, wo der Eiter sichtbar wird, erscheint Herzfeld von bestimmender Wichtigkeit zu sein. Die Sondirung der Stirnhöhle ist ihm nur selten möglich gewesen. Therapeutisch kommt für Herzfeld nur die Operation von aussen in Betracht. Zu ähnlichen Resultaten kommen Kreche (5) und Karutz (86). Dem letzteren scheint die Kuhnt'sche Operationsmethode derjenigen von Schäffer und Jansen überlegen. Der Vorschlag Walb's — den Sinus frontalis von der Nasenhöhle her zu er-

öffnen – , welcher gelegentlich einer Discussion, die sich in der Londoner laryngologischen Gesellschaft auf Grund zweier Demonstrationen von Lack und Tilley (568) entspann, noch jüngstens von Spicer und Bennett gestützt wurde, wird von Karutz, von Hartmann, Zarniko und in jener Gesellschaft von Semon und Tilley aufs Entschiedenste bekämpft. — Chiari (5) berichtet über 17 Fälle von Empyem der Stirnhöhle und des Siebbeins, die ihm bei einer Zahl von 8000 Patienten zur Beobachtung gekommen sind. Chiari gelang die Sondirung der Stirnhöhle auch ohne Entfernung der mittleren Muschel ziemlich häufig. Die Beobachtungen über Rhinitis atrophicans an einem grossen Material von Privatpatienten brachten ihn zu dem Schlusse, dass die Grünwald'sche Behauptung von dem Zusammenhange dieser Erkrankungen mit Empyem oder Caries oder Necrose der Nebenhöhlen nur in seltenen Fällen zutrifft. Besonders die Eiterungen der Nase mit Krustenbildung sind gewöhnlich genuine, selbständige Affectionen der Nasenhöhle im engeren Sinne. — Schech (329) sieht in der Druckempfindlichkeit in der Gegend des Sinus frontalis und im Kopfschmerz wichtige diagnostische Kennzeichen. Von allen Behandlungsarten erscheint ihm nur die Eröffnung der Stirnhöhle von aussen her als aussichtsreich. — Ripault (328) und Ortega (329) sind geneigt, die Stirnhöhlenempyeme nach den Erscheinungen, die sie hervorrufen, einzutheilen in orbitale und nasale. — Nietsch (328) berichtet von einem grossen Hydrops der Stirnhöhle, der durch Incision dauernd entleert wurde, und Grünwald (42) über ein Empyem des Sinus maxillaris und frontalis, zu dem sich schliesslich noch ein intraduraler Abscess gesellte, nach dessen Incision der Patient geheilt wurde.

Gillivray (264) heilte einen Fall von Facialis-Neuralgie durch Eröffnung eines Kieferhöhlenabscesses, Collier (264) zwei Fälle mit Trigeminus-Neuralgie durch Entfernung der erkrankten mittleren Muscheln. — Eine Reihe von Fremdkörpern, die nach der Eröffnung der Maxillarhöhle in dieselbe gelangt waren, kommen zur Mittheilung durch Gouly, Baratoux, Brunswig (159).

Unter den üblen Folgeerscheinungen, welche Erkrankungen der Nase oder deren Nebenhöhlen auch bei andern Organen hervorrufen können, nehmen die mannigfachen Schädigungen des Auges, die auf eine solche Ursache zurückzuführen sind, den ersten Rang ein. So fand Winckler (92) bei skrophulösen Augenleiden in 50 pCt. der Fälle Erkrankungen der Nase und erst nach Ausheilung dieser war die Behandlung des Augenübels von Erfolg. — Lunin, Germann, Schröder (326, 327), Salva (331), Straub (425), Laurens (152, 425, 426), Segal (373) bringen gleichfalls Belege für den engen Zusammenhang zwischen Augen und Nasenerkrankungen. Laurens führt sogar Epiphora, Amblyopie, Photophobie, Strabismns, Blepharospasmus, Mydriasis, Asthenopie u. s. w. vielfach auf Nasenaffectionen zurück. — Müller (7) fand unter einem Material von 90000 Augenkranken nur 10 Fälle von Empyem des Sinus frontalis, über deren Pathogenese und Therapie er genauen Bericht giebt. — Lubliner (325) sah bei 94 Fällen von Erkrankungen der Thränenorgane nur 5 mal ganz gesunde Verhältnisse in der Nase. Bei 85 Patienten konnte er bald diese, bald jene Affection constatiren, die entweder einen directen mechanischen Druck auf die Ausmündung der Thränenwege ausübte oder sich per continuitatem auf die

Schleimhaut des Ductus nasolacrymalis fortsetzte. — Des ferneren sahen Spivak (424) chronische Gastritis, Cahn (424) chronische Bronchitis, Reid, Scheppegrell (426) Schwindelzufälle durch Nasenleiden veranlasst. Die Beziehungen der Krankheiten des Gehirns und seiner Adnexa zu den verschiedenen Arten von Naseneiterungen werden aufs Eingehendste in allen Détails besprochen von Dreyfuss (458). — Eine mündliche Erörterung des Pro und Contra all' der einzelnen, bei der Besprechung der Nebenhöhlenerkrankungen eben angezogenen Punkte fand statt in der Wiener (133, 134), in der Londoner (141) und in der Britischen laryngologischen Gesellschaft (519). Die Anschauungen der verschiedenen Redner sind, soweit sie von allgemeinerem Interesse sind, in Obigem bei den einzelnen Punkten, zu denen diese das Wort genommen haben, wiedergegeben.

C. Mundrachenhöhle.

Isergrin (211) untersuchte die Nerven, welche die Blutgefässe der Zunge versorgen, und fand, dass dieselben, dem sympathischen Nervensystem angehörend, aus dem Ganglion cervicale superius stammen. Der grösste Theil der Constrictoren zieht in den Bahnen des Nervus hypoglossus, der Rest der Constrictoren und die Dilatatoren gehen wahrscheinlich direct in den Plexus lingualis über. — Peterson (109) theilt seine Erfahrungen über die Deformitäten, die er am harten Gaumen degenerirter Individuen gefunden hat, mit. Seine Beobachtungen umfassen mehr als 1000 Personen, darunter 100 Verbrecher, 600 Idioten und 500 Neuropathiker. — Büssem (49) ist der Meinung, dass die Geschmacksstörungen bei gesunden Kindern in gleicher Häufigkeit auftreten, wie bei rachitischen. Er glaubt, dass es sich in allen diesen Fällen weniger um Beeinträchtigung eines bereits entwickelten Sinnes, als vielmehr um eine mangelhafte Entwicklung handelt. — Garel (273) beschreibt eine Form von hyperämischer Pharyngitis, die er für pathognomisch bei Albuminurie und diabetischer Erkrankung ansieht. — Krebs (274) leugnet das Vorkommen einer genuinen Form der atrophischen Pharyngitis, Laryngitis und Tracheitis. Dem gegenüber bemerkt Schech, dass zwar sicher in der überwiegenden Zahl derartiger Erkrankungen eine bereits früher bestehende Affection der Nase oder des Rachens vorhanden sein dürfte, welche die atrophische Pharyngitis etc. verursachen, aber es bleibt immerhin eine ganze Reihe von Fällen übrig, bei denen keinerlei Erkrankung in der Nase oder im Rachen nachzuweisen ist. — Fink (338) giebt eine zusammenfassende Abhandlung über den chronischen Rachenkatarrh, seine Ursachen und seine Behandlung.

Suchanneck (160) tritt für das Vorkommen einer idiopathischen Angina rheumatica nach dem Vorgange von Solis-Cohen, Freudenthal etc. ein. Auch er hält den acuten Gelenkrheumatismus für eine Infectionskrankheit, die wahrscheinlich häufig genug durch die Rachenschleimhaut ihren Eintritt in den Körper nimmt. Demgemäss stellen sich des Oefteren Entzündungen der Eingangspforte, d. h. Anginen, als erste Giftwirkungen dar. Ganz ähnliche Anschauungen äussern Sterling (161), Staffel (378), Groedel (485). — Dahingegen kommt

Hope (463) zu der Ansicht, dass in den klinischen Erscheinungen die Annahme einer rheumatischen oder gichtischen Angina keinerlei Stütze finde. Hope weist darauf hin, dass die allseits constatirte Thatsache, dass mit vorrückendem Alter die Mandeln immer weniger für acute Attacken disponirt werden, während gerade die rheumatischen und gichtischen Neigungen mit den Jahren zunähmen, mit grosser Wahrscheinlichkeit gegen die Zusammengehörigkeit der Angina auf der einen, des Rheumatismus und der Gicht auf der andern Seite sprechen. — E. Meyer (236, 485) hält nach seinen bacteriologischen Untersuchungen in der Mehrzahl der Fälle den Streptococcus für den Erreger der lacunären Angina. Auch bei einer Discussion, die in der laryngologischen Section der British Medical Association (303) über die infectiöse Natur dieser Erkrankung stattfand, kamen alle Redner, darunter B. Fraenkel, Macintyre, Semon, Sokolowski und Dmochowski, Hill, Gleitsmann, Lennox-Browne, zu der übereinstimmenden Erklärung, dass für diese Erkrankung mit allergrösster Wahrscheinlichkeit eine bacterielle Ursache und die Möglichkeit der Contagiosität zuzugeben sei. — Weinberg (51) giebt eine Abhandlung über die Jaccoud'sche Pneumokokken-Angina, die ihrer Meinung nach der diphtherischen Angina überaus ähnlich sieht. Als Besonderheit dieser Erkrankung wird ihr plötzliches Einsetzen unter Fieber und Schüttelfrost, das an den Beginn einer Pneumonie erinnert, hervorgehoben. — Haim (51) fand bei der catarrhalischen Form der Scharlach-Angina meist den Staphylococcus, nur selten den Streptococcus; bei den necrotischen Processen dagegen war meist der Streptococcus vorhanden. — Waldvogel (214) constatirte bei vier infectiösen Pharyngo-Laryngitiden Streptokokken, die er als Infectionserreger anzusehen geneigt ist. — Gautier (51) hat eine Reihe von acuten Anginen während der Menstruation beobachtet und meint, dass die nervösen Einflüsse und die Aenderungen in den Circulationsverhältnissen während dieser Zeit die Frauen vielleicht für die Infection empfänglicher machten. — Vansant (378) giebt der Meinung Ausdruck, dass überreichlicher Genuss von Erdbeeren leicht zu Anginen führen könne; besonders disponirt zu sein scheinen ihm gichtische und rheumatische Individuen. — Logucki (162) untersuchte 11 Fälle von peritonsillitischen Abscessen und fand 6mal Staphylokokken, 2mal Streptokokken und 3mal beide Infectionsträger zu gleicher Zeit. — Kochler (336) ist der Meinung, dass eine Otitis media suppurativa gelegentlich zu peritonsillitischen Abscessen Veranlassung geben könne.

Brewer (436) sah eine tödtliche Blutung aus einem spontan eröffneten Tonsillar-Abscess. — Eine monographische Beschreibung des Pharynxerysipels liegt vor von Leunander (274). — Wijnhoff (52) berichtet über einen Retropharyngealabscess, der wahrscheinlich von einer Eiterung im Processus mastoideus seinen Ausgang genommen haben dürfte. — Biggs (52) beobachtete einen derartigen Fall, der intra vitam als Diphtherie gedeutet wurde. — Levrey und Ghika (277) eröffneten einen in der Höhe des Ringknorpels sitzenden Retropharyngealabscess; in dem Augenblick der Incision trat der Tod ein. Da, wie die Section ergab, kein Eiter in die Trachea gekommen war, so wurde der Exitus als eine reflectorische Syncope aufgefasst. Weitere diesbezügliche Fälle werden mitgetheilt von Bremer, Hand jun. (277), Semon (570). Die letzterwähnte Mittheilung erheischt ein be-

sonderes Interesse, da die Aetiologie desselben durchaus unklar war. Durch Jodkali wurde eine Besserung erzielt. — Newcomb (469) giebt eine ausführliche Pathogenese der Angina Ludovici. — Seymour Taylor (423) erreichte bei einem derartigen Fall durch Verabreichung von Jodkali ohne Incision eine vollkommene Heilung.

Calhoun (163) und die Redaction des New York med. Journ. (164) heben von Neuem die Gefahren hervor, die durch Blutungen nach der Tonsillotomie bedingt werden und besprechen die Vorsichtsmassregeln, die während der Operation und bei eventuell nothwendig werdender Tamponade zu beachten sind. Mit Rücksicht auf derartige Vorkommnisse empfehlen Lichtwitz die electrische Glühschlinge und Eschle (10) den Tonsillenschlitzer zur Behandlung der Tonsillarhypertrophie.

Bulkley (488) zeigt, welch' grosse Rolle die Mund- und Rachenhöhle als Eingangspforte für das syphilitische Virus spielen. In 35,5 pCt. der Fälle fand er diese Partien an der Gesammtzahl der extragenitalen Schanker betheiligt. — Von der grossen Zahl der Fälle, bei denen über Syphilis der Rachen- und Mundhöhle berichtet wird, heben wir hervor: Wróblewski (162), Hitz (163), Sendziak (163), Potter (240), Roeper (240). In dem letztgenannten Falle handelt es sich um eine interessante Demonstration congenitaler Lues bei einem 22jährigen Mädchen.

Dieulafoy (9) suchte die Frage, in wie weit die adenoiden Vegetationen und hypertrophischen Mandeln als Eingangspforte für das tuberkulöse Virus zu betrachten sind, in der Weise zu lösen, dass er 61 Mal Meerschweinchen Stücke der genannten operativ entfernten Organe einimpfte. Da er in 8 Fällen eine Impftuberkulose entstehen sah, so zog er hieraus den Schluss, dass in demselben Zahlenverhältniss ein initialer tuberkulöser Process der genannten Gewebe angenommen werden dürfte. Demgegenüber betont Cornil, dass diese Folgerung bei mangelnder histologischer Untersuchung durchaus unstatthaft sei, denn es sei durch nichts erwiesen, dass die verimpften Stücke wirklich tuberkulös erkrankt gewesen seien; es sei vielmehr durchaus möglich, dass die Tuberkelbacillen nur auf denselben oder in ihren Krypten von der Athmungsluft abgelagert worden seien. — Speichelsteine wurden gefunden von Gontagnon (108) und Lindemann (108). — Rosenberg (10) entfernte ein grosses Concrement aus der Tonsille. — Johnson (318) beschreibt 5 Fälle von acuter Schwellung der Parotis, die dem Mumps sehr ähnlich, aber doch nicht mit demselben zu identificiren waren. Er glaubt, dass es sich nur um eine Speichelretention gehandelt habe, die durch eine entzündliche Schwellung des Ductus Stenonianus veranlasst war. — Leguen und Marien (318) zeigen einen Patienten, dessen Parotis tuberkulös erkrankt war.

Quaife (428) sieht die Bestimmung der Rachentonsille darin, dass sie giftige Extractivstoffe zurückhält und ungiftige ausarbeitet. Die Hyperplasien dieses Organes können neben anderen Momenten, z. B. neben Ernährungs- und Stoffwechselstörungen durch die irritirenden Wirkungen mancher Extractivstoffe (Creatinin, Sarcin etc.) bedingt werden. — Hopmann (374) betrachtet die adenoiden Vegetationen als eine Theilerscheinung der Hyperplasie des lymphatischen Rachen-

ringes. Er schildert ausführlich die Pathogenese dieser Erkrankung, ihre Gefahren und ihre Therapie. — Waldow (266) bestätigt die Körner'schen Angaben, nach denen die durch eine Verlegung der Nasenathmung bedingte Kiefermissbildung zwei Stadien erkennen lasse, je nachdem dieselben vor oder erst während des Zahnwechsels aufträten. — Parker (23) tritt für die Richtigkeit der von Greville Mc Donald aufgestellten Behauptung ein, dass in Fällen nasaler Obstruction, zumal wenn dieselbe durch adenoide Vegetationen bedingt ist, die Respiration während des Schlafes nasal und nicht buccal sei. — Gegenüber der von Guye (49) vertretenen Meinung, dass die Ablagerung von Zahnstein sich mit Vorliebe bei Mundathmern fände, weisen Sikkel und Grevers (49) darauf hin, dass nach ihren Untersuchungen der Zahnstein bei Mundathmern nicht häufiger zu finden sei als bei anderen Individuen. — Permewan (429) betont den Einfluss, den adenoide Vegetationen und vielfach auch andere, selbst leichte Erkrankungen des Nasenrachenraumes auf den Kehlkopf ausüben. — Bei Gelegenheit der Discussion über die Bedeutung der adenoiden Vegetationen zwischen Karutz und Pluder (88) erklärt Hartmann (88), dass es dem subjectiven Ermessen in ziemlich weiten Grenzen überlassen sei, zu bestimmen, wo die Diagnose auf adenoide Vegetationen beginne. Karutz und Pluder fanden bei stotternden Kindern in verhältnissmässig grossem Procentsatze Wucherungen im Nasenrachenraum. — Die Annahme von Smith (105), die dieser, gestützt auf eine Arbeit von Robertson (105) machte, dass nämlich adenoide Vegetationen bei Kindern laryngeale Krämpfe auszulösen im Stande seien, wird von McBride (105) bestritten; auch Clarke (105) wollte es in einem Falle von Laryngismus stridulus nicht gelingen, das Leiden durch die Entfernung der gleichzeitig vorhandenen adenoiden Wucherungen zur Heilung zu bringen. — Solis-Cohen (106) hält es nicht für wichtig, dass bei der Operation der adenoiden Vegetationen alles bis auf den letzten Rest entfernt werde; gewöhnlich verzichtet er bei diesem Eingriff auf die Chloroformnarkose, die auch von Mygind (107) widerrathen wird, während Larsen (107) dieselbe empfiehlt. Am weitesten in seinen therapeutischen Anforderungen dieser Erkrankung gegenüber geht wohl Arslan (270, 429), der verlangt, dass alle Kinder vor ihrer Aufnahme in die Schule auf adenoide Vegetationen untersucht und, falls die Untersuchung positiv ausfällt, radical operirt werden sollen.

Fälle von Pharyngomycosis leptothricia wurden beobachtet von Campbell (436) und von Parser und Tidswell (435). Die ausführlichen bakteriologischen Untersuchungen der letztgenannten Autoren ergaben die Anwesenheit einer grossen Anzahl von Bakterien bei diesem Leiden, aber es wurden nur solche Arten gefunden, die auch sonst in der Mundhöhle vorhanden zu sein pflegen. — Siebenmann (274) sieht das eigentliche Wesen dieser Erkrankung in einem lebhaften Verhornungsprocess des lacunären Epithels. In der Umgebung der Krypten, deren Wände von Mikroorganismen frei sind, fehlt jede entzündliche Erscheinung. Die Leptothrixfäden betrachtet Siebenmann nur als ein zufälliges Accidens, weshalb er für diese Erkrankung den Namen „Hyperkeratosis lacunaris“ vorschlägt. — Zur Behandlung der Mycosis fungoides empfiehlt gelegentlich einer Demonstration von Scanes Spicer (569) de Havilland Hall, der selbst über einen hierhergehörigen Fall (142) berichtet hat, den Gebrauch des Galvanokauters, Bennett (569)

Application reiner Carbolsäure. — Heller (338) theilt einen Fall von Herpeserkrankung mit, der im Rachen, am Gaumen und an der Epiglottis Bläschen hervorgerufen hatte und unter starkem Fieber und heftigen Allgemeinerscheinungen 16 Tage bis zur Heilung brauchte.

Ueberaus zahlreich sind die Fälle von Geschwulstbildung, die in der Mund- und Rachenhöhle zur Beobachtung kamen. Guitard (273) giebt im Anschluss an die Beobachtung eines myxo-fibro-lipomatösen Polypen eine Classification der verschiedenen gutartigen, gestielten Tumoren der Mundhöhle. — Hammer (537) berichtet über 22 Tumoren des Oberkiefers und seiner Umgebung. — Ferner liegen zusammenfassende Studien vor von Pussacq (338) über benigne Pharynxtumoren: von Gouguenheim und Ripault (380) über Geschwülste des Gaumensegels: von Berger (380) über Mischgeschwülste der Drüsen des Gaumensegels, die Berger so früh als irgend möglich zu entfernen räth. — Bei Gelegenheit der Demonstration eines Rachensarcoms in der Berliner laryngologischen Gesellschaft durch Alexander (236) entspinnt sich eine Discussion über die Wirksamkeit der Arsenbehandlung bei derartigen Fällen. B. Fränkel, Heymann und Gluck sahen bei einigen Sarcomen sehr gute Erfolge von dieser Medication, Schoetz dagegen steht diesen Angaben sehr skeptisch gegenüber. — Verschiedentliche Gefässtumoren — Naevi vasculosi, Angioma cavernosum, Lymphangioma cavernosum und Gefässectasien — werden in der Wiener laryngologischen Gesellschaft (132) demonstrirt und besprochen. — Von ferneren diesbezüglichen Mittheilungen heben wir hervor: Minski (275) und Grunmach (276) — Rachenpolypen; Lichtwitz (276) — Angiom; Ficano (276) — Fibrom; Landgraf (540) — Krypten neben der Uvula; Demme (412) — Haematom des Rachens; Wright (516) — Cysten; Beco (407), Mc Burney (489), Posthumus Meyes (32), Depage (276), Newman (417) — Carcinome; Lamphear (163), Charnley (163) — Sarcome; Baurowicz (277) — Sclerom; Lack (568) — acut verlaufender Lupus des Rachens; Koch (273), der eine Uvula sah, die 4,5 cm lang war und an ihrem Ende noch einen kleinen Tumor trug, ohne dass der Patient auch nur die geringste Störung hiervon gehabt hätte. — Dana (539) lenkt die Aufmerksamkeit auf die Deformitäten und Innervationsstörungen der Uvula. Er hat 108 Geisteskranke untersucht und fand bei 50 von diesen bald diese, bald jene Unregelmässigkeit in dem Verhalten der Uvula, sodass er auf Grund dieser Befunde dazu neigt, alle Veränderungen dieses Organes, die sich auf eine mangelhafte oder fehlerhafte Innervation desselben zurückführen lassen, als Zeichen einer anatomischen und physiologischen Degeneration aufzufassen.

Eine Reihe typischer Fälle von Maul- und Klauenseuche werden in der Berliner laryngologischen Gesellschaft von Siegel und E. Meyer (140) demonstrirt, bei denen im Koth die specifischen Bacillen nachgewiesen werden konnten. Ebstein (538) berichtet ebenfalls über einige Fälle von Maul- und Klauenseuche, die er zu beobachten Gelegenheit gehabt hat, die sich aber in der Art ihres Auftretens nicht ganz mit den Siegel'schen Beobachtungen deckten. Gegenüber der ätiologischen Bedeutung der Siegel'schen Bacillenbefunde führt Ebstein die Untersuchungen von Schottelius und Schlatter an. Ebstein ist geneigt, alle

aphthösen Erkrankungen auf das Virus der Maul- und Klauenseuche zurückzuführen. — Galippe (271) glaubt, dass es unberechtigt sei, das Mal perforant der Backe, wie es Fournier thut, als ein selbständiges Krankheitsbild hinzustellen. — Carp (335) beschreibt einen Fall von Purpura haemorrhagica auf Grund von Malaria, bei dem sich in der Mundhöhle verschiedene typische Blasen gebildet hatten. Gurgelungen, Ergotin und Eisen führten innerhalb 8 Tagen zur Heilung. — Hamilton (272) erzählt von der Erkrankung einer bis dahin gesunden 46jährigen Frau an Xerostomie. Er ist der Meinung, dass dieses Leiden durch centrale Nervenstörung bedingt ist. Derselben Meinung ist auch Chappell (378), der drei derartige Fälle zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Erscheinungen bei dem Exitus des einen, der durch complete beiderseitige Lähmung erfolgte, scheinen ihm geeignet, diese Ansicht zu stützen. Einen weiteren hierhergehörigen Fall meldet Duncan (377). — Galippe und Marfan (271) berichten über zwei Fälle von Noma bei tuberkulösen Kindern.

Zahnstein und ähnliche pathologische Bildungen von Kalksalzen werden von Galippe (272) für Produkte bacteriologischen Ursprungs gehalten. — Grosse (272) und Kudrjaschew (334) berichten über verschiedene Zahncysten, die sie zu beobachten Gelegenheit gehabt haben. — Mit den Erkrankungen der Zungentonsille beschäftigen sich die Arbeiten von Beausoleil (211), welcher die acuten Entzündungen dieses Organs, und Tompkins (211) und Roy (211), welche die chronischen Hypertrophien und die von diesen ausgelösten Störungen behandeln. — Escat (431) sah im Anschluss an eine Angina eine fieberhafte Phlegmone der Zungentonsille, die spontan abscedirte. Einen ähnlichen Fall theilt Hicguet (49) mit. — Zu einer lebhaften Discussion zwischen englischen Laryngologen (431) führte die Frage, ob Varicenbildung an der Zungenbasis ein häufiges und zu unangenehmen Erscheinungen führendes Leiden sei, welches eine operative Behandlung mittelst des Galvanokauter nothwendig mache. Diese Meinung, die von Lennox Browne, Jakins, Holloway und Abercrombie gestützt wird, wird von Tilley, Williams, Butlin, de Havilland Hall, Semon, Charters Symonds, Mc. Bride, Greville Mc Donald u. a. m. auf das heftigste angegriffen. — Ausserdem liegen über Zungengeschwülste zahlreiche Berichte vor, so von Dunham (50) über ein Rundzellensarcom, von Dumstrey (213) über eine Dermoidcyste, von Mc. Weeney (213) über ein Fibromyxom, von Herzfeld (212) über einen Tumor von zweifelhafter Diagnose, von Morisani, Katz (213) über Carcinome. — Spencer (213) hält bei maligner Zungenerkrankung die Excision per vias naturales für eine unzulängliche Operation, weil es unmöglich sei, auf diese Weise alle Lymphdrüsen zu entfernen. Er befürwortet deshalb die Operation vom Mundboden aus. — Wiersma (50) berichtet über 6 Fälle von Hemiatrophia lingualis, die den verschiedensten nervösen Störungen ihre Entstehung verdankten. Einen weiteren hierhergehörigen Fall, der durch Tabes entstanden war, berichtet Obersteiner (336). Dieser fand in seinem Falle den Hypoglossuskern intact und nimmt auf Grund dieses Befundes an, dass der ganze Process neuritischen Ursprunges gewesen sei. — Du Castel (333) berichtet über einen Tabesfall, bei dem es schon im praeatactischen Stadium zu einer Nekrose des Kiefers kam. — Thimm (107) hat im Ganzen 7 Fälle von

Makrocheilie aus der Litteratur gesammelt und fügt diesen einen neuen, selbst beobachteten Fall hinzu, der auf syphilitischer Basis entstanden ist und zuerst die Ober-, dann die Unterlippe befiel. Er hält dieses Leiden für eine specifische Erkrankung der Lippenschleimdrüsen. — Einen Fall von Makroglossie bei halbseitigem Riesenwuchs erwähnt Kopal (49).

Wedenski (335) berichtet über zwei tuberculöse Zungenerkrankungen, die er mit Erfolg operativ behandelte. Er sowohl wie Auguy (212) erörtern an dem aus der Literatur zusammengestellten Material die ganze Pathogenese und Therapie dieses Leidens. — Rolland (211) hat die bisher berichteten Fälle von intralingualer Zungentuberkulose gesammelt. Er ist der Meinung, dass es sich bei dieser Erkrankung nicht um eine directe Uebertragung, sondern um eine Infection auf dem Wege der Blut- und Lymphbahnen handelt. Zur Behandlung räth er zu möglichst ausgiebigen chirurgischen Eingriffen. — Schmiegelow (420) fand bei zwei Patienten mit schwarzer Zunge als wirksames Agens Hyphomyceten; dieselben waren allerdings nicht identisch mit den von Ciaglinsky-Hewelke und Sendziak gezüchteten Pilzformen, aber nach Schmiegelow's Meinung können auch verschiedene Formen dieselbe irritirende Wirkung hervorbringen. — Parak (430) sah bei einem Neugeborenen eigenartige, auf Pilzwucherung beruhende Plaques, die einen erhabenen Rand zeigten, der Zunge fest anhafteten, aber den Soorplaques durchaus unähnlich waren.

D. Diphtherie.

Von der grossen Zahl von Arbeiten, die im Laufe des letzten Jahres die Diphtherie zum Gegenstand ihrer Besprechung gemacht haben, beschäftigt sich die überwiegende Menge mit Erörterungen über den Werth des Heilserums. Es ist nicht zu verkennen, dass die Discussion über diese Frage nicht mehr mit derselben Leidenschaftlichkeit geführt wird, wie früher, und das ist mit Freude zu begrüssen, weil wir annehmen dürfen, dass die wohlthuende, ruhige Sachlichkeit, die jetzt in fast allen Publicationen zu finden ist, gewiss den sichersten Weg repräsentirt, um in dieser wichtigsten aller Fragen so schnell als möglich zu einem zuverlässigen Resultat zu kommen.

Man kann sich dem Eindruck nicht verschliessen, dass in neuerer Zeit die Behring'sche Methode immer mehr und mehr Anhänger gewonnen hat. Die Zahl derer, die auch jetzt noch über das Heilserum ein ungünstiges Urtheil fällen, dürfte eben nicht mehr gross sein. — Hier ist zuerst anzuführen Gottstein (55), der den Einwand erhebt, dass viele günstig lautende Urtheile über das Antitoxin bedingt wurden durch Trugschlüsse der Autoren. Variot (57) bringt eine Anzahl von Fällen schwerer Diphtherie zur Mittheilung, bei denen das Heilserum durchaus versagt haben soll. Auch Lennox Browne (61) konnte sich nicht davon überzeugen, dass die mit Serum behandelten Fälle besser verliefen, als die, bei denen andere therapeutische Methoden zur Anwendung kamen. Er hat sogar den Eindruck gewonnen, als ob bei der Serumtherapie die üblen Nebenerscheinungen, als da sind Anurie, Nephritis u. s. w., häufiger seien

als früher. Auch Gaudard (57) glaubt, dass die Abgabe eines günstigen Urtheils im Augenblick verfrüht sei; ähnliche Anschauungen äussert Vissmann (168). Moizard und Bouchard (166) glauben in einem Falle die Beobachtung gemacht zu haben, dass das Heilserum eine vergiftende Wirkung ausgeübt habe. Diesen ungünstigen Urtheilen gegenüber stehen eine sehr grosse Anzahl von Gutachten, die durchaus für die günstige Wirkung des Heilserums eintreten: Berliner, Baginsky (53), Katz, Bókai (54), Feige, Kretz (55), Muralt, Blattner (56), Howard (63), Litchfield (64), Glaister (113), Damieno (165), Gouguenheim (166), British medicalAssociation (168), Heubner (382), Börger (383), Rauchfuss (388) und viele Andere. — Ganz besonders hervorzuheben dürfte noch das Resultat einer Sammelforschung sein, welche die Deutsche medicinische Wochenschrift (165) angestellt hat. Dieselbe ergab bei 5833 mit Heilserum behandelten Fällen eine Sterblichkeit von 9,6 pCt., bei einer Zahl von 4479 ohne Serum behandelter Fälle eine solche von 14,7 pCt. Aehnlich lautet das Ergebniss einer zweiten Sammelforschung (383), welches die Berliner klinische Wochenschrift mittheilt. Hier handelt es sich um 6626 Fälle, von denen in den Krankenhäusern 80 pCt., in der Privatpraxis 91 pCt. zur Heilung kamen. — Die Diphtherieimmunen sind nach Wassermann (342) bereits im Kindesalter mit Schutzvorrichtungen gegen die Diphtherie ausgestattet. Wassermann fand im Blutserum solcher Individuen Eigenschaften, die das Diphtheriegift zu zerstören im Stande sind. Er giebt den Rath, Diphtheriekranke und deren Umgebung solange unter Quarantaine zu belassen, bis ihre Halsorgane von jedem Diphtheriebacillus vollständig frei sind. — Die Gefahr, welche auch die anscheinend gesunde Umgebung Diphtheriekranker im Sinne der eben citirten Arbeit in sich schliesst, wird illustrirt durch eine Mittheilung von Aaser (111). Derselbe beobachtete eine Diphtherieepidemie in einer Kaserne, die trotz aller Vorsichts- und Absperrmaassregeln nicht zum Stillstand kommen wollte, bis sich schliesslich herausstellte, dass 19 pCt. der für gesund gehaltenen Mannschaften vollvirulente Diphtheriebacillen in ihrem Halse trugen. Erst als auch diese isolirt waren, gelang es, das weitere Umsichgreifen der Krankheit aufzuhalten. — Während Fibiger (214), Nauwelaers (215), Klein (216), Brown (218), Dieulafoy (217) der Meinung sind, dass in allen Anginafällen nur die bacteriologische Untersuchung im Stande sei, über die Natur der Erkrankung Aufschluss zu geben, da sowohl durch den Klebs-Löffler'schen Bacillus Anginen hervorgerufen werden können, die ohne jedes membranöse Exsudat verlaufen, und da andererseits pseudomembranliefernde Erkrankungen ohne jedes Zuthun dieses Bacillus entstehen können, während sogar Runge (12) die Behauptung aufstellt, dass nur durch das Thierexperiment die Diagnose auf Diphtherie sichergestellt werden könne, kommen Sahli und Deucher (285) an der Hand eines grossen klinischen Materials zu dem Schluss, dass man auch ohne jede bacterielle Untersuchung in fast allen Fällen im Stande sei, eine richtige Diagnose zu stellen. In der sich an diesen Vortrag anschliessenden Discussion erfahren die Autoren lebhaften Widerspruch von Hagenbach (288) und Feer (288). — Auch Variot (343) weist darauf hin, wie schwierig es sei, die Diphtheriediagnose nur auf Grund einer rein klinischen Beobachtung zu stellen. Er fand bei vier Croupfällen, die weder intra

vitam noch post mortem irgend welche Membranbildung gezeigt hatten, Diphtheriebacillen im Rachenschleim. Aehnliche Beobachtungen machten Percepied (12) und Koplik (13). — Ewing (164) machte die Beobachtung, dass die Diphtherie gewöhnlich während ihres Verlaufes von einer ausgesprochenen Leukocytose begleitet ist. Zumeist, aber nicht ausnahmslos, giebt diese einen genauen Maassstab für die Reaction des Organismus gegen die im Blute kreisenden, giftigen Stoffe. Starke Reaction gegen schwere Infection wird zumeist angezeigt durch hohe Leukocytose. Ein günstiger Krankheitsverlauf pflegt von einer stetig absinkenden Leukocytose begleitet zu sein. Auch Gabritschewsky (215) sieht in einer Hyperleukocytose ein prognostisch ungünstiges Zeichen. Er glaubt, dass die Diphtheriebacillen, die ihren Weg in den Körper nehmen, durch die Phagocytose zerstört werden. — Zur Frage der Mischinfection erklärt Damieno (165), dass er überhaupt keine Fälle gefunden habe, in denen der Diphtheriebacillus in vollkommener Reincultur aufgetreten sei. Raczynski (12) giebt an, dass diejenigen Fälle, in denen der Löffler'sche Bacillus mit Staphylokokken combinirt war, einen leichteren Verlauf zeigten als diejenigen, in denen der Streptococcus die Mischinfection bedingte. — Von Wichtigkeit ist die Beobachtung von Bernheim (341), der constatiren konnte, dass bei gleichzeitiger Beschickung des Nährbodens mit Diphtheriebacillen und Streptokokken niemals der erstere, oft aber der letztere in seiner Entwicklung zurückbleibt. Bei gleichzeitiger Injection von Diphtheriebacillen und Streptokokken schien ihm die Erkrankung der Versuchsthiere rascher und schwerer zu verlaufen. — Im Gegensatz zu der landläufigen Auffassung von der Mischinfection bei der Diphtherie glaubt Heubner (Deutsche med. Wochenschr. 1895. Lit. Beil. No. 25), dass diese nur als eine Wirkung der Diphtherietoxine aufzufassen sei, die bei Mangel an individuellen Schutzkräften schon allein deletär werden könne. Nach seiner Meinung sind weniger die allgemeinen Krankheitserscheinungen als die localen Störungen der Einwirkung der Streptokokken zuzuschreiben. — Die bekannten unangenehmen Nebenerscheinungen bei der Seruminjection werden hervorgehoben von Markuse (278) und Pistor (279). – Springorum (280) glaubt, dass das Antitoxin gelegentlich einen ungünstigen Einfluss auf die Herzaction ausübe. — Bernhard (217) sieht in der Widerstandsfähigkeit der Niere einen Maassstab für diejenige des ganzen Organismus gegen die Diphtherieerkrankung. Er misst der Ausscheidung morphotischer Elemente eine grössere Beweiskraft bei als der Albuminurie. — Börger (Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 52) Damieno (165), Reiche (345) und Litchfield (344) treten dafür ein, dass die häufigen Nierenerkrankungen, die sich bei der Seruminjection einstellen, nicht sowohl auf die Verwendung des Antitoxins, als vielmehr auf den schädigenden Einfluss der diphtherischen Erkrankungen selbst zurückzuführen sei. — Im Gegensatz hierzu giebt Vissmann (384) an, dass er bei Kaninchen nach Seruminjection stets eine Schädigung der Nieren constatirt habe. — Eine Anzahl postdiphtherischer Lähmungen der verschiedensten Art wurden zusammengetragen von Hoffmann, Pasteur, Hall, Goodall (218, 219) u. a. m. – Enriquez und Hallion (11) sahen nach subcutaner Einverleibung des Diphtherievirus bei Thieren myelitische und hämorrhagische Herde im Rückenmark. — Beck und Slapa (111) konnten nach Einspritzung von Diph-

theriebacillen in die venöse Blutbahn ein Sinken des Blutdruckes kurz vor dem Eintritt des Todes constatiren. Sie deuteten dies als erstes Zeichen der beginnenden Herzlähmung, die nach ihrer Meinung nicht als Muskelparalyse, sondern als Ernährungsstörung der nervösen Herzcentren aufzufassen ist. — Buchholz (346) sah in zwei Fällen tödtliche Blutungen eintreten, die durch Arrosion des Truncus anonymus durch die Trachealkanüle bedingt waren. — Die Ursachen, die zu einer Verzögerung des Décanülements führen können, werden besprochen von Verdun und Gevaert (346). — Während Vucetic (55) den Werth der Immunisirung durch Präventivimpfung nach den bisherigen Erfahrungen für sehr unsicher hält, kommen Müntz (393), Bolton (386) und Biggs (168, 386), zu dem Schluss, dass dieselbe wohl gerechtfertigt sei. — Biggs berichtet, dass unter 1043 Präventivimpfungen, die er vornahm, nur 17 Erkrankungsfälle vorgekommen sind. Auch Ohlmacker (62) nimmt auf Grund experimenteller Untersuchungen eine sichere Wirkung der Präventivimpfung an. — Sequeira (544) ist der Meinung, dass der Diphtherie durch nichts so sehr Vorschub geleistet werde als durch Nasen- und Rachenleiden, welche eine Mundathmung nothwendig machen. — Hill (543) behandelt nasale Diphtherie in der Weise, dass er die vordere Nase mit Watte tamponirt. Er meint, die Toxine könne, wenn der nöthige Luftstrom fehlt, nicht zu der Tonsillargegend gelangen.

Lemoine (342) hat 100 Fälle von Scharlachdiphtherie untersucht und fand immer bei denselben Streptokokken, die 5mal mit dem Löffler'schen Bacillus und 2mal mit Bacterium coli combinirt waren. — Carstens (215) machte eine Beobachtung, die darauf schliessen liess, dass gelegentlich ein Zeitraum von 24 Stunden als Incubationszeit für Diphtherie genügt. — Kanthack und Steffens (439) constatirten in einer Reihe schwerer, laryngealer Diphtheriefälle post mortem in den Lungen und in etwa 23 pCt. der Fälle auch in der Milz Diphtheriebacillen. Auf Grund ihrer Befunde sehen beide Autoren in dem Diphtheriegift ein directes Product der Bacterienzelle. Die thatsächlichen Ergebnisse dieser Untersuchungen decken sich im Wesentlichen mit denjenigen von Stokes (441). — Peters (339) beschreibt in einem Vortrage 3—4 verschiedene Arten von Mikroorganismen, die er als selbstständige Unterarten des Klebs-Löffler'schen Bacillus ansieht und denen er besondere Grade von Intoxicationsfähigkeit beimisst. In der sich an diesen Vortrag anschliessenden Discussion gingen die Meinungen der verschiedenen Redner über die Zulässigkeit dieser Trennung weit auseinander. — Tochtermann (110, 340) giebt einen aus Blutserum gewonnenen sterilisirbaren Nährboden an, mittelst dessen man nach 12—18 Stunden mit Sicherheit Diphtheriebacillen diagnosticiren kann. — Von Ohlmacher (12) rührt eine Vorschrift her, auf Grund deren man die Diphtheriediagnose durch Incubator innerhalb von 4 Stunden, durch Cultur ohne Incubator innerhalb von 18 Stunden zu stellen im Stande ist. — Crouch (339) veröffentlich eine Reihe von Farbenreactionen, die für den Diphtheriebacillus charakteristisch sind. — Démétriades (11) fand, dass der Aufenthalt im Wasser, sowohl im Quellwasser wie im destillirten, dem Diphtheriebacillus zwar schädlich sei, dass aber auf eine sichere Abtödtung der Keime im Wasser nicht gerechnet werden könne, sodass eine Infection durch Trinkwasser wohl im Bereich der Möglichkeit liege. — Gallez (111)

hält es noch nicht für genügend bewiesen, dass die diphtherische Erkrankung bei Menschen und Thieren von einander verschieden seien. — Dessan (115) schlägt vor, jede pathologische Verengerung des Kehlkopflumens, die durch Ablagerung eines Exsudates oder einer Pseudomembran bedingt ist, mit dem Namen Croup zu belegen. Und da es sich in der Mehrzahl dieser Fälle um Diphtherie handeln dürfte, so sollte jeder Fall von Croup so lange als Diphtherie angesehen werden, bis seine nicht diphtherische Natur nachgewiesen ist. — Arey (340) injicirt Thieren den von Diphtheriekranken herrührenden Urin und sucht so die giftige Beschaffenheit desselben zu erweisen. Auf diese Weise glaubt er der Frage nach der Natur dieses Giftes näher zu kommen.

E. Kehlkopf und Luftröhre.

Von morphologischem Interesse ist eine Arbeit von Maertens (349), die sich mit der Entwicklung des Knorpelgerüstes im Kehlkopf von Rana tempor. beschäftigt. — Eine Studie Reinke's (348), der die menschliche Stimmlippe aus der ihrer Form nach constanten, lateral gelegenen Basis und aus einem durch die Linea arcuata getrennten, medial gelegenen, zungenförmigen Fortsatz entstehen lässt, ist bereits im vorjährigen Bericht S. 1030 gewürdigt worden. — Die Blutversorgung der Schleimhaut des Kehlkopfes und des Kehldeckels wird ausführlichst besprochen von Spiess (223). — Eine anatomisch-physiologische Eigenthümlichkeit noch nicht gesehener Art demonstrirt Mungar (449); es handelt sich um einen Menschen, der im Stande ist, in der Glottis ohne Mitwirkung der Mundhöhle deutlich zu pfeifen. — Das Vorkommen der zuerst von B. Fränkel beschriebenen Schleimhautleisten an den Stimmlippen wird von Benda (172) bestätigt. Zur Sichtbarmachung derselben benutzt Benda ein Macerationsverfahren mittelst verdünnter Essigsäure, wodurch die Schleimhaut von ihrer Unterlage schonend abgehoben und die Existenz der Schleimhautleisten in überzeugender Weise nachgewiesen wird.

Mit der Physiologie des Kehlkopfes beschäftigt sich die Arbeit von Hodgkinson (303), der die Schwingungen der Stimmlippen bei der Phonation nach dem Muster der Cladny'schen Klangfiguren durch Aufstreuen von Indigo zur Anschauung zu bringen versucht. — Illingworth (303) vertritt die Meinung, dass die Stimme überhaupt nicht durch Schwingungen der gespannten Stimmlippen erzeugt wird, sondern durch die Schwingungen einer Luftsäule, die zwischen den wahren und den falschen Stimmlippen liegt. — Hermann (292) bringt eine Fortsetzung seiner Untersuchungen über die Bildung der Vocale. — Den Umfang der Singstimme bei Kindern verschiedener Altersklassen hat Paulsen (292) an einem grossen Material untersucht. Auch die Verhältnisse der Mutation werden in dieser Arbeit genauer besprochen. — Eine umfassende, gründliche Darstellung über die verschiedenen Störungen der Sprache bringt Wyllie (24). Hervorgehoben zu werden verdienen die Anschauungen des Verfassers über das Stottern, welches nach Wyllie als ein Mangel an Exactheit in der Hervor-

bringung des Tones für die ersten Silben aufzufassen ist. Dieser Mangel ist zumeist begründet durch eine verzögerte Thätigkeit des laryngealen Mechanismus. Die Flüsterstimme hält Wyllie nicht „für eine Sprache ohne Stimme“, er ist vielmehr mit Brücke und Czermak der Ansicht, dass bei der Flüsterstimme ein Reibegeräusch in der Glottis durch den theilweisen Schluss der Stimmlippen entsteht. Complete Lähmung des Larynx bedingt nach Wyllie vollkommene Stummheit. Deshalb hält er auch die hysterische Stummheit nur für einen höheren Krankheitsgrad als die hysterische Aphonie, ohne zwischen beiden, wie es Charcot gethan hat, eine principielle Scheidung vornehmen zu können. Die gewöhnliche Sprachstörung geistig imbeciler Individuen ist das Lallen. Der Anschauung, dass es ohne Sprache keine Gedanken und keine Sprache ohne Gedanken gäbe, widerspricht Wyllie unter Hinweis auf die Sprache von Imbecilen, Taubstummen, Apathischen und Irren. Ausserdem werden die Entwicklung der Sprache beim Kinde, die Aphasie, die dysathrischen und anathrischen Störungen der Sprache durch Affectionen, die im Gebiete der motorischen Sprachbahnen liegen, ausführlich erörtert. — Oltuszewski (293) theilt die Sprachstörungen in zwei grosse Categorien: 1. in solche, die auf anatomischen functionellen Veränderungen des corticalen Apparates beruhen und 2. in solche, die ihre Basis in der weissen subcorticalen Substanz, in den bulbären Regionen, den peripherischen Nerven, im Articulations-Apparat haben. — Die Sprachstörungen im jugendlichen Alter und in der Pubertätsentwicklung behandeln die Arbeiten von Gutzmann (450) und Flatau (450); Flatau geht ausführlich auf den Zusammenhang ein, in dem gewisse Formen des Stammelns und Stotterns zu den Erkrankungen der oberen Luftwege und des Ohres stehen.

Die anatomischen und physiologischen Verhältnisse des Vagus erfahren eine gründliche Klarlegung in den Publicationen von Boruttau (291) und Beer und Stein (291). — Das Vorhandensein des Krause'schen Rindencentrums wird bestätigt von Broeckaert (291). Bei den Hunden, an denen er arbeitete, war nach Exstirpation dieses Centrums das Bellen immer nur auf einige Zeit aufgehoben. — Eine neue Bestätigung seiner früheren Angabe, dass der Vagus vom Accessorius-Kern keinerlei Fasern erhalte, bringt Grabower (561) in dem Sectionsprotokoll eines viele Jahre hindurch beobachteten Tabesfalles. Der intra vitam constatirten Recurrens-Lähmung entsprach bei der Section eine vollkommene Degeneration der extrabulbären Vaguswurzel, während die extrabulbäre Accessoriuswurzel vollkommen intact war. — Bamberger (447) und Wallenberg (448) berichten über je einen Fall, bei dem es auf Grund von Encephalitis und Leptomeningitis neben motorischen Störungen der verschiedensten Art zu Kehlkopflähmungen gekommen sein soll. — Einen eigenartigen Fall von Aphasie und Agraphie, den er auf eine Störung der Rindencentren auf Grund von Verdauungsstörungen zurückzuführen geneigt ist, beschreibt Libotte (293). — Willis (253) zeigt einen Fall von inspiratorischem Stimmritzenkrampf functioneller Natur, den Spicer für ein Beispiel echter Erweiterer-Paralyse ansah, während ihn Semon als Fall von perverser Action der Stimmlippen deutete. — Burger (33) demonstrirte einen Kranken mit syphilitischer Hirnnervenparalyse, dessen Beobachtung ihn zu folgenden Schlüssen kommen liess: 1. die Lähmung der Abductoren ist hartnäckiger als

diejenige der Adductoren; 2. im vorliegenden Fall war eine doppelseitige, gekreutzte sensible Innervation des Larynx auszuschliessen; 3. die Innervation des Gaumens wird hier nicht vom Facialis, sondern vom Vago-Accessorius besorgt. — Semon (413) beobachtete einen Fall von Bulbärparalyse mit daran schliessender progressiver Muskelparalyse, in deren Verlauf es bis zum Tage der Vorstellung zu einer Parese des rechten und einer Paralyse des linken Erweiterers gekommen war. — Risien Russell (302) ist es gelungen, von einer Stelle der Hirnrinde aus, die dicht vor und unterhalb des Krause'schen Adductoren-Centrums lag, eine Auswärtsbewegung der Stimmlippen zu erzielen. Die auf diese Weise ausgelöste Abduction war stets eine doppelseitige, symmetrische. — Kuttner (135) demonstrirt eine Frau, welche nach Influenza eine Lähmung des linksseitigen Recurrens nebst einer Lähmung des linken weichen Gaumens und der gleichseitigen Muskulatur der hinteren Rachenwand aufwies. In Folge dieser Paralysen konnte die Patientin mehrere Tage lang weder flüssige noch feste Nahrung zu sich nehmen. Als die Recurrens-Paralyse allmälig zurückging, konnte Kuttner hier ebenso wie in zwei anderen Fällen, bei denen er Recurrens-Lähmungen zur Ausheilung kommen sah, constatiren, dass die Verengerer weit schneller ihre Thätigkeit wieder aufnahmen, als die Erweiterer. Diesem Verhalten entspricht ein Vorgang, den Semon neuerdings wieder in zwei Fällen zu beobachten Gelegenheit hatte. In dem einen Fall handelte es sich um einen Patienten von Makins (445), dem bei der Entfernung einer epitheliomatösen Geschwulst der linke Vagus durchschnitten wurde. Trotz sofort angelegter Sutur erholten sich nur die Verengererfasern, der Erweiterer blieb dauernd gelähmt. Der zweite Fall betrifft einen Kranken mit syphilitischem Tumor am Halse, der eine Lähmung des ganzen Recurrens veranlasst hatte. Bei dem Verschwinden dieses Tumors entwickelten sich genau dieselben Erscheinungen, die der Patient von Makins gezeigt hatte. — Ueber Recurrens-Lähmungen nach Infectionskrankheiten, speciell nach Typhus berichtet Lublinski (124, 136). — Weitere Beobachtungen von Recurrens-Paralysen werden mitgetheilt durch Ray (125), Onodi (292) u. a. m. — Parker (418) sah einen Fall, bei dem die Tabes-Erkrankung, wie das früher schon von Semon und Weil beschrieben worden ist, durch Kehlkopferscheinungen, im vorliegenden Falle durch eine Kehlkopfkrise eingeleitet worden ist. — Pel (32) beobachtete eine doppelseitige Posticusparalyse als Initialsymptom einer Tabes. — Castex (446) sah einen Patienten mit Ictus laryngis, bei dem von objectiven Erscheinungen nichts als eine Pharyngitis granulosa nachzuweisen war. — Merklen (290) hatte bei der Behandlung dieses Leidens gute Erfolge durch Verabreichung von Antipyrin zu verzeichnen. Mit dieser internen Medication Hand in Hand ging immer eine Localbehandlung der oberen Luftwege. — Merklen (122) sowohl als Bédos (122) glauben, dass die beiden Ursachen — Uebererregbarkeit der Schleimhäute der oberen Luftwege und Circulationsstörungen im Centralorgan —, von denen man bald die eine, bald die andere für das Auftreten des Ictus laryngis verantwortlich machte, gemeinschaftlich in Wirksamkeit treten müssen, um derartige Anfälle auszulösen. — Im Anschluss an die im vorjährigen Jahresbericht S. 1034 besprochene Treupel'sche Arbeit über hysterische Motilitätsstörungen im Kehlkopf hat sich eine Discussion zwischen Treupel und Burger (122) entwickelt

über die Deutung der sogenannten functionellen Lähmungen. Treupel meint, dass man bei Muskeln, welche die bekannten, auf hysterischer Basis beruhenden Störungen zeigen, nicht von Lähmungen, sondern eher von Coordinationsstörungen sprechen könnte. Demgegenüber deutet Burger darauf hin, dass der Begriff der functionellen Lähmung ein völlig feststehender und zu Recht bestehender sei. Wenn derselbe gewisse Abweichungen von der organischen Lähmung zeige, so entspreche ja dieser Verschiedenheit in der Sache auch eine Verschiedenheit in der Bezeichnung. — Interessante Casuistik zur hysterischen Aphonie wird mitgetheilt von Elzevier Dom (123), Mandelstamm (123) u. a. m.

Unter dem Namen der Laryngitis stridulosa wird eine Reihe von Fällen veröffentlicht, denen anscheinend eine recht verschiedenartige Aetiologie zu Grunde liegt. So thut Bonain (290) zweier Patienten Erwähnung, bei denen während einer Erkrankung, die er als typische Laryngitis stridulosa bezeichnet, virulente Diphtherie-Bacillen im Rachenschleim gefunden wurden, ohne dass auch nur die Spur einer Pseudomembran nachzuweisen gewesen wäre. — Gevaert (175) dagegen rechnet hierher die im Anschluss an Masern auftretenden, oft recht ernsten Laryngitiden. — Stieda (499) sah ein zweijähriges Kind an einer durch pseudoleukämische Schwellung bedingten Larynxstenose zu Grunde gehen. — Sendziak (499) beobachtete eine Entzündung des Cricoarytaenoid-Gelenkes, die er für eine rheumatische anzusehen geneigt ist, weil dieselbe von Entzündungserscheinungen in den anderen Gelenken der Extremitäten begleitet war und bei einer antirheumatischen Therapie zur Heilung kam.

Johnston (121), Russel und Carré (121) treten für die infectiöse Natur des Keuchhustens ein. Nach der Meinung von Russel und Carré verursacht der Mikroorganismus den Catarrh und seine Ptomaine den Husten, sie empfehlen deshalb die innere Verabreichung von Cocain. — Jackson (121) räth, die Drüsen an der Unterfläche der Zunge mit Cocainlösung einzupinseln. — Die locale Application von Menthol in flüssiger Vaseline wird als sehr erfolgreich gerühmt von Bonton (445). — Fischer (121) sah gute Erfolge vom Chinin, Carpenter (121) vom Bromoform.

Die Pathogenese des Laryngotyphus behandeln in einem Vortrage in der Londoner laryngologischen Gesellschaft Kanthack und Drysdale (420, 498). Die Vortragenden geben der Ansicht Ausdruck, dass die Larynxgeschwüre, die im Verlauf des Typhus auftreten, weder Decubitalgeschwüre seien, noch dass sie von Typhusbacillen herrühren. Sie glauben, dass es sich vielmehr um Verletzungen vorher schon geschwächter Partien handle, bei denen wahrscheinlich Pyokokken eine grosse Rolle spielten. In der an diesen Vortrag sich anschliessenden Discussion giebt Williams (421) zu, dass bisweilen die Kehlkopfläsionen des Abdominaltyphus ein Resultat septischer Infection sein mögen, gewöhnlich aber seien dieselben, seiner Ansicht nach, specifischer Natur und durch das Toxin der Typhusbacillen veranlasst. — Auch Bergengrün (175) wendet sich gegen die Auffassung, welche in den typhösen Larynxgeschwüren nur Decubitalgeschwüre sehen will. Ein letal endigender Fall, bei dem schon am zweiten Krankheitstage Kehlkopfsymptome aufgetreten waren und bei dessen Section sich mehrere Ulcerationen an der hinteren Larynxwand zeigten, führt ihn zu der Meinung, dass es

sich hier um eine Einwirkung von Mikroorganismen, unter denen auch die Typhusbacillen eine Rolle spielen dürften, handeln müsse. Es fehlt jedoch die bakteriologische Untersuchung dieses Falles. — Parsons (175) erzählt von einem Kranken, bei dem in der 5. Krankheitswoche eine Miterkrankung des Kehlkopfes eintrat, die binnen 2 Tagen trotz vorgenommener Tracheotomie zum Tode führte. Die Section ergab eine sehr starke Schwellung des Larynxeinganges und ausgedehnte Ulcerationen an der Epiglottis. — Dundas Grant (143) sah im Verlauf des Typhus cariöse Processe an den Larynxknorpeln, die zu Membranbildung und Granulationswucherungen führten. Es bedurfte operativer Eingriffe, um diesen Process zum Stillstand zu bringen. — Casuistische Beiträge liefern Kanthack (241), Bowlby (242) u. a. m. — Marfan und Hallé (499) sahen zweimal suffocative Laryngitis, die durch eine Varicellen-Eruption im Kehlkopf veranlasst war.

Die Schwierigkeit der Behandlung chronischer Larynxstenosen, besonders solcher, die durch Narbengewebe hervorgerufen sind, wird erörtert in der Londoner laryngologischen Gesellschaft (240, 241, 242). An der Discussion betheiligen sich Bowlby, Symonds, Spicer, Grant, Semon. — Dasselbe Thema lag zur Besprechung vor in der British Laryngological Association (520) im Anschluss an einen Vortrag von Massei und Sajous. In der Discussion, an der sich Delavan und Hill betheiligen, macht Hill darauf aufmerksam, dass es gefährlich sei, bei Operationen, die wegen laryngealer Stenosen vorgenommen würden, mit Aether zu anästhesiren, besonders wenn subglottische Schwellungen vorhanden wären. — Baron (566) stellt einen Kranken vor, bei dem sich in Folge einer heftigen Entzündung des Kehlkopfes ohne voraufgegangene Syphilis eine Verwachsung der Stimmbänder eingestellt hatte, die eine Tracheotomie nothwendig machte. Aehnliche Fälle wurden von Hall und Semon bei der Discussion dieses Falles mitgetheilt. — Die guten Dienste der von Mikulicz angegebenen Schornsteincanülen werden von Kümmel (553) gerühmt. — Secretan (553) schlägt vor, Larynxstenosen von der Tracheotomiewunde aus dadurch zu erweitern, dass man von unten her einen Laminaria-Stift durch den Engpass durchführt. Diese Procedur geht leicht von Statten, wenn man einen elastischen Catheter als Wegweiser benutzt.

Mehrere Fälle acuter Laryngitis, die mit Oedemen des Kehlkopfes einhergingen, werden veröffentlicht von Hopkins, Bayliss, Levi und Laurens (173). — Evans (174) und Hecht (174) berichten über je einen Fall von Abscess des Kehlkopfes, die bei Geisteskranken durch das Einstossen von Fremdkörpern in den Kehlkopf bedingt waren. Einen ferneren Fall berichtet Hecht (17), bei dem ein verschlucktes Knochenstück einen Abscess hervorgerufen hatte. Dieser Fremdkörper konnte bei der laryngologischen Untersuchung nicht gefunden werden und wurde neun Monate später von dem Patienten spontan ausgehustet. — Die Arbeit von Kuttner (497) über die ödematösen und phlegmonösen Entzündungen des Kehlkopfes, ist bereits im Jahresbericht des XI. Bandes S. 1035 erwähnt worden. — Die Laryngitis sicca hält Lacoarret (17) in Uebereinstimmung mit Mouro nur für eine Folge der chronischen Rhinopharyngitis. — Die Chorditis hypertrophica inferior kann nach Baurowicz (18) bedingt sein durch

Catarrh, Perichondritis oder Sklerom. In den Fällen, die er gesehen hat, war immer das Sklerom die Ursache der Erkrankung.

Eine ausführliche Arbeit über die Pachydermia laryngis lieferte Habermann (18). Derselbe hat eine ganze Reihe von Kehlköpfen untersucht, welche die typische Form der einfachen Pachydermie zeigten. Im Wesentlichen werden die bereits bekannten Anschauungen über die mikroskopischen Details dieser Erkrankung bestätigt; nur in einem, allerdings wesentlichen Punkte weicht Habermann von den Angaben der meisten Autoren, die sich bisher über diese Frage geäussert haben, ab. Er fand nämlich in den untersuchten 15 Kehlköpfen nicht weniger als 21 Mal geschwürige Processe, und wenn auch die meisten von diesen nach seiner Ansicht wohl erst kurz vor dem Tode entstanden sein dürften, so schienen ihm doch einige schon längere Zeit bestanden zu haben, da sie mit Nekrose des Processus vocalis combinirt waren. Habermann glaubt, dass diese Geschwüre sich von der Oberfläche her zur Tiefe entwickelt haben. In einzelnen Fällen war bereits Vernarbung eingetreten. Auf Grund dieser Befunde kommt der Autor zu der Ansicht, dass durch die Reibung der Wülste am Processus vocalis häufiger als man bisher annahm, Geschwüre zur Entwicklung kämen. — Kanthack und Jobson Home (143) demonstriren einen Fall syphilitischer Pachydermie.

Betreffs der Deutung des sogenannten Prolapsus ventriculi schliesst sich Chiari (131) den Anschauungen B. Fraenkel's an, nach dessen Meinung diese Fälle zumeist als von der Ventrikelwand ausgehende Hypertrophien, Falten oder Neubildungen anzusehen sind, die in das Innere des Kehlkopfes hinein ragen. Chiari macht jedoch den Vorbehalt geltend, dass ein aus dem Ventrikel austretender Tumor doch auch einen Theil der Schleimhaut wirklich mit herabziehen könnte.

Aehnlich wie die glatte Atrophie des Zungengrundes, sieht Hansemann (500) eine Retraction der Epiglottis, die durch ein entzündliches Infiltrat der Zungenbasis bewirkt sein soll, als charakteristisch für Lues an. — Von weiteren Publicationen über die Syphilis der oberen Luftwege ist hervorzuheben eine Mittheilung Kuttner's (16) über einen Fall von Tracheal-Syphilis, die intra vitam ein Aneurysma oder einen Mediastinaltumor vorgetäuscht hatte. Ein weiterer von Kuttner mitgetheilter Fall von Kehlkopf-Syphilis, der im Stadium höchster Dyspnoe zur Behandlung kam, so dass sofort die Tracheotomie nothwendig wurde, ging nach diesem Eingriff binnen kurzer Frist ohne weitere Behandlung in allen Erscheinungen zurück. — Griffin (229) berichtet über Condylome der Trachea, Tschlenow (351) über ein echtes Gumma der Larynxschleimhaut. Weitere hierhergehörige Mittheilungen rühren her von Anderson (177), Davis (500), Schwyzer (500) u. a. m.

Zur Aetiologie der Tuberkulose stellt Thost (177, 350) die Behauptung auf, dass in einer grossen Anzahl von Fällen nicht nur der Keim zu dieser Erkrankung, sondern diese selbst bereits angeboren sei, da sowohl durch die Placenta der kranken Mutter, wie durch das Sperma des Vaters die Krankheitskeime auf den Foetus übertragen werden können. Dahingegen erscheint ihm eine Infection auf dem Wege der Blut- und Lymphbahnen unwahrscheinlich, und ebenso hält er die Passage durch ein intactes Epithel für ausgeschlossen. — Kirk-

patrik (395) entfernte einen papillomähnlichen Tumor von der hinteren Larynxwand, der sich bei der mikroskopischen Untersuchung als tuberkulös herausstellte. An dem Träger dieses Tumors war sonst nichts Krankhaftes nachzuweisen. — Clar (502) berichtet über Spontanheilungen von Larynxgeschwüren bei Tuberkulose. — Gute Erfolge bei der Therapie der Kehlkopfphthise sahen Thompson (178) vom Mono-Chlorphenol, Spengler (178) vom Parachlorphenol. — Loeb (178) glaubt in dem Paquin'schen Antituberkel-Serum ein wirklich curatives Mittel zu besitzen, dessen seitherige Verwendung ihm eine gute Meinung von dem Werthe desselben gegeben hat. — Das Lignosulfit, das in Dampfform von den Patienten Stunden lang eingeathmet werden muss, hat Heindl (351) auf seinen Werth geprüft. Er kommt zu dem Schluss, dass bei frischen Wunden des Kehlkopfes und bei Neigung zu Haemoptoe allerdings eine starke Reizung stattfindet; Fieber, Athemnoth, Nachtschweisse nehmen bei dieser Therapie meist ab, in günstigen Fällen kommen dieselben selbst ganz und gar zum Verschwinden. Appetit, Körperkraft und subjectives Wohlbefinden der Patienten werden oft durch diese Inhalationen gehoben. Ein directes Heilmittel gegen Tuberkulose sieht Heindl trotz alledem nicht in dem Lignosulfit, da weder die objectiven Befunde im Kehlkopf oder in den Lungen, noch die Bacillen-Funde im Auswurf eine durchgreifende Veränderung zeigen. Die aber jedenfalls in vielen Fällen constatirte gute Wirkung auf den Gesammtorganismus der Tuberkulösen wird aus der expectorirenden und desinficirenden Wirkung dieser Inhalationen erklärt. — Newman (417) hatte bei zwei Kranken eine vollständige Heilung der Kehlkopftuberkulose zu verzeichnen, die er nach seiner Angabe neben der Regelung der ganzen Lebensweise der Patienten hauptsächlich der dauernden Benutzung eines Jodoform-Sprays verdankt. — Auch Bond (567) hat einen vollen Erfolg bei schwerer Larynxphthise durch die Thyreotomie erzielt. — Günstige Erfolge von der chirurgischen Behandlung der Larynxtuberkulose werden berichtet von Gleitsmann (179, 502), Mackenzie (179), Moll, v. Aurooy (404), Brondgeest (405), Lack (568). — Auch Rethi (351) und Kuttner (503) erwähnen die guten Erfolge, die sie von dieser Therapie gehabt haben und bringen Belege für die Heilkraft, die in geeigneten Fällen dem chirurgischen Verfahren bei der Kehlkopftuberkulose inne wohnt. Beide Autoren sind jedoch der Meinung, dass man, um wirklich dankenswerthe Erfolge auf diesem Wege zu erzielen, in der Auswahl der zu operirenden Fälle mit grosser Sorgfalt zu Werke gehen müsse. — Eine ausgiebige Erörterung erfuhr dieses Thema in den Verhandlungen verschiedener laryngologischer Gesellschaften, von denen wir die in der American (510) und in der British Laryngological Association (520) hervorheben. In der ersteren Versammlung sprach Wright über die Aetiologie, Rice über die Diagnose, Shurly und Gleitsmann über die Therapie. Als das Resultat dieser Besprechungen wäre hervorzuheben, dass sich Shurly, Wright, Daly im Gegensatz zu Gleitsmann, Krause, Heryng über dieses ganze Verfahren sehr reservirt aussprachen. Von den Verfechtern der operativen Methode geben Krause und Heryng derselben den weitesten Spielraum. — Fälle von Kehlkopf-Lupus werden mitgetheilt von Burger (34), Ball (142), Heymann (559) und Stabb (565).

Koschier (349) sah zwei Fälle, bei denen Lordose der Halswirbelsäule zu Druckgeschwüren an der Ringknorpelplatte geführt hatte. Nach Koschier ist zu dem Zustandekommen derartiger Ulcerationen ausser den localen Verhältnissen immer noch ein gewisser Grad von Marasmus nothwendig.

Die Stimmlippenknötchen betrachtet Haring (18) als die Folge einer Ueberanstrengung der Stimme. Sie treten meistens bei anämischen jungen Leuten auf und zwar an einer Stelle im vorderen Dritttheil der Stimmlippen, wo sich dieselben bei der Phonation häufig berühren. Die Application geschmolzener Chromsäure hält Haring für die beste Behandlungsart. — Aehnliche Anschauungen äussern Milligan (309) und Hodgkinson (309), die ein wesentliches Moment für die Entstehung derartiger Knötchen in bereits vorhandenen chronischen und subacuten Entzündungen der Stimmlippen sehen. — Den von Virchow an Stelle der bisher gebräuchlichen Bezeichnung „Papillom" vorgeschlagenen Namen „Pachydermia verrucosa" hält Werner (233) nicht für passend, weil 1) das Epithel dieser Tumoren durchaus nicht immer epidermoidaler Natur sei; weil dieselben 2) auch von einer mit Cylinderepithel bekleideten Schleimhaut entspringen könnten und weil 3) nicht das Epithel, sondern das subepitheliale Bindegewebe den Ausgangspunkt für diese Tumoren bilde. — v. Navratil (37) entfernte die Larynxpapillome immer vom Munde aus, wenn nicht gerade hochgradige Dyspnoe eine augenblickliche Hilfe nothwendig machte. In diesem Falle macht er bei Erwachsenen die Tracheotomie und die Laryngofissur. Bei Kindern ist die Laryngofissur wegen der Kleinheit der in Betracht kommenden Verhältnisse weniger indicirt, und hier operirt v. Navratil gegebenen Falls auch von der Trachealöffnung aus. Bei Erwachsenen sah der Vortragende nach wiederholten Eingriffen in drei Fällen eine Umwandlung der gutartigen Papillome in Carcinom. Die Wahrscheinlichkeit dieses Vorganges auf Grund der operativen Maassnahmen wird von der Redaction des internationalen Centralblattes in Anbetracht der Resultate der bekannten Sammelforschung in Zweifel gezogen. In einer Entgegnung hierauf erklärt v. Navratil, dass er nur die Möglichkeit einer derartigen Umwandlung habe andeuten wollen. — Némai (38) glaubt, dass die Heilung der Papillome nicht sowohl von der radicalen Operation derselben als vielmehr von dem Erlöschen der Reproductionsfähigkeit der Geschwulstmatrix abhängig sei, und deshalb zieht er ein mehr exspectatives Verhalten vor. — Delavan (395) sah bei Anwendung von absolutem Alkohol ausgebreitete Larynxpapillome zum Verschwinden kommen. — Ein grosse Menge hierhergehöriger Einzelfälle wird mitgetheilt, von denen hier Erwähnung finden mögen: Francis (66), Quaife (67), Marsh (67), Wolfenden (187), Némai (189), Pierce (224), Wilkinson (224), Semon (241). — Semon (65) bespricht in einem zusammenfassenden Vortrage die gutartigen Geschwülste des Kehlkopfes, als deren gewöhnliche Repräsentanten er Papillome, Fibrome und Cysten bezeichnet. Ausführliche Angaben finden sich über den Sitz dieser Tumoren, über Geschlecht und Alter der Patienten, über die Symptome u. s. w. Besonders ausführlich wird die Differentialdiagnose zwischen gut- und bösartigen Tumoren und die Möglichkeit eines eventuellen Ueberganges von der einen zur anderen Geschwulstform besprochen. — Für die ursächliche Entwicklung der Larynxtumoren von Interesse ist eine

Jahre hindurch fortgesetzte Beobachtung von Bolte (176), der bei einem Patienten auf Grund eines langjährigen Catarrhs an den Stimmlippen Hyperplasien, Cysten und Polypen entstehen sah. Dass auch Chiari (66) die Schleimpolypen der Stimmlippen nach seinen histologischen Untersuchungen vielfach mehr als Hypertrophien, die von Serum durchtränkt sind, denn als wahre Tumoren betrachtet, ist bereits im Jahresbericht des 11. Bandes Seite 1038 mitgetheilt worden. — Casuistische Beiträge für das Vorkommen gutartiger Tumoren im Kehlkopf werden in grosser Menge mitgetheilt; wir heben hervor: Panzer (131), Makenzie (225), Cysten; — Gevaert (225) Fibrom; — Farlow (225, 463) Lipom; — Corradi (225) Adenom; — Semon (241) Myxom; — Ferreri (226) Fibromyxom; — Rosenberg (135) Enchondrom.

Bei einer Besprechung der Indicationen für die Vornahme der radicalen Frühoperationen bei malignen Tumoren des Kehlkopfes in der laryngologischen Abtheilung der British Medical Association (306), war ein Unterschied der Meinungen nur insofern vorhanden, als Bryson Delavan für die explorative Thyrotomie eine gewisse Reserve forderte, während Butlin bei jedem der Malignität verdächtigen, operablen Tumor diesen Eingriff für indicirt hält, da derselbe durchaus gefahrlos sei. Woods und Mackenzie (307, 308) sehen selbst in der Drüsenschwellung keine stricte Contraindication gegen die Operation. Mackenzie ist der Ansicht, dass die Thyrotomie oft unzureichend sei zur Feststellung der Infiltrationsgrenzen und empfiehlt deshalb warm die Totalexstirpation. Dem gegenüber weist Semon darauf hin, dass er und Butlin — die Operationsmethode desselben und seine Erfolge werden genau beschrieben von de Santi (309) — in den meisten Fällen mit der Thyrotomie vorzüglich ausgekommen seien. Intralaryngeale Eingriffe bei malignen Tumoren werden übereinstimmend verworfen. — Einen eingehenden Vortrag über den Zweck und die Grenzen der Operation beim Larynxcarcinom, in welchem alle bei der Operation zu beachtenden Gesichtspunkte ihre Erörterung finden, verdanken wir Cheyne (437). — Für die Technik der Totalexstirpation wird auch in neueren Arbeiten die Bardenheuer'sche, von Poppert verbesserte Methods wärmstens empfohlen. Dieselbe besteht darin, dass die nach Entfernung des Kehlkopfes gesetzte Wundhöhle gegen den Pharynx hin durch die Vernähung der Schleimhaut vollkommen abgeschlossen wird. Gute Erfolge haben durch dieses Verfahren erzielt Herczel (68), Solis-Cohen (228), Rother (228), der den Verschluss durch Mitverwendung der Muskelstümpfe noch fester gestaltete, und Ward (397). Bei Gelegenheit des Vortrages von Ward wies Semon in der Discussion darauf hin, dass er eine Totalexstirpation wegen papillomatöser Neubildungen, wie sie Ward ausgeführt habe, für ungerechtfertigt halte. — Weitere Berichte über Kehlkopfcarcinom liegen vor von P. Heymann (135), Jones, Anderson (226), Bérard und Polosson (227), Göschel (226), Gluck (235), B. Fraenkel (237), Semon, Woods, Smith (396). — Ueber Epitheliome des Kehlkopfes berichten Jeannel, Porcher (67), Angelesco (224). — Ueber das Sarcom des Larynx und der Trachea liegt eine ausführliche Abhandlung vor von Bergeat (352); casuistische Beiträge liefern Baurowicz (16) und Thompson (226). — Einen interessanten Fund hatte auch Pilliet (352) zu verzeichnen, der bei einem stimmlos

gewordenen Bären ein Epitheliom des Larynx fand. — Kijewski (352) giebt eine ausführliche Beschreibung der Technik der Laryngofissur, wie sie bei Kosinski geübt wird, und eine Schilderung der Erfolge, die in 20 derartigen, durch die verschiedensten Ursachen veranlassten Operationen erzielt wurden. — Die Ausführung der Thyrotomie wird von Brindel (227) und von Perrier (227) eingehend erörtert. Brindel glaubt, dass man die Tracheotomie als vorbereitende Operation nur selten wird entbehren können, während Perrier auf Grund seiner sorgsam ausgearbeiteten Methode in vielen Fällen ohne die Eröffnung der Trachea auskommen zu können glaubt. — Poncet (149) und Gerbaux (149) empfehlen bei Eintritt asphyctischer Zufälle während der Narkose die Vornahme der Tracheotomie. Auch die Wiederbelebungsversuche nach Vergiftungen etc. sollen nach der Ausführung dieser Operation von grösserer Wirksamkeit sein. Thiéry (365) hatte bei einem während der Tracheotomie eingetretenen asphyctischen Anfall guten Erfolg von directer Lufteinblasung in die Trachea.

Die verschiedenartigen Blutungen, die in den oberen Luftwegen zu beobachten sind, ihre Entstehungsursachen, die Erscheinungen, die sie mit sich führen, und ihre Therapie werden in einer längeren Abhandlung von Réthi (320) geschildert. — Gevaert (350) beobachtete zweimal spontane Blutungen im Kehlkopf. Bei dem einen Patienten lag Variola vor, und es bildeten sich hier im submucösen Gewebe zwei dicke Blutsäcke. In dem zweiten Fall handelt es sich um eine acute Entzündung der Stimmlippen. — Scheier (91, 352) bringt eine Statistik der Kehlkopfverletzungen und berichtet über einen neuen Fall von Fractur der Kehlkopfknorpel. Er hält es für wahrscheinlich, dass Knorpelbrüche wesentlich häufiger seien, als man bisher anzunehmen gewohnt war. Denn es mehren sich die Beobachtungen, bei denen von stürmischen Erscheinungen, die man bisher als unmittelbare Folge der Larynxfractur ansah, nichts oder fast nichts zu bemerken war. — Weitere Fälle von derartigen Verletzungen werden mitgetheilt von Baurowicz, Bell und Scheff (547). — v. Navratil (19) demonstrirt einen Patienten, der nach einem Selbstmordversuch eine schwere Narbenstrictur davongetragen hatte, die schliesslich die Tracheotomie nothwendig machte. Trotz der Schwierigkeit des Décanulement wurde der Patient doch endlich vollkommen geheilt. — Gross ist die Anzahl der Fälle, in denen Fremdkörper in die oberen Luftwege eingedrungen waren. Es beziehen sich auf derartige Vorgänge eine Reihe von Mittheilungen auf S. 353, 354, 549, 550. — Eine eingehende Discussion, in der alle einschlägigen Fragen zur Sprache kamen, fand statt in der Laryngologischen Gesellschaft zu London (421, 565).

Die Intubation macht nach der Meinung von van Nes (118) die Tracheotomie zwar in einer Reihe von Fällen überflüssig, trotzdem aber hält dieser Autor die letztere doch für die souveräne Methode. Auch Timmer (118) bemerkt in der Discussion zu einem von Tjaarda (118) gehaltenen Vortrag, dass seiner Ansicht nach beide Methoden nebeneinander rangirten. Bei sehr jungen Kindern (unter zwei Jahren) scheint Tjaarda die Intubation vorzuziehen, während van Nes (118) gerade in diesem Alter die Anwendung des O'Dwyer'schen Verfahrens für contraindicirt hält. — Bayeux (118) giebt an, dass, wenn man mit Daumen und Zeigefinger auf die Verbindungsstelle zwischen Ringknorpel und Trachea drückt, die nach

seiner Vorschrift verkürzte Intubationsröhre aus dem Kehlkopf herausgeschleudert wird, wodurch die lästige Extraction überflüssig gemacht wird. — Eine Verbesserung des Instrumentariums für die Tubage wird von Thilo (552) angegeben. — Aaser (221) ist der Meinung, dass die Intubation in Verbindung mit der Serum-Behandlung bei Diphtherie der Tracheotomie weit überlegen sei. — Bókai (382) kommt auf Grund seines reichen Materials zu dem Schluss, dass durch die gleichzeitige Anwendung der Tubage und der Serumtherapie die Dauer der Intubation bei der Diphtherie im Durchschnitt nicht unwesentlich verkürzt werde. — Von weiteren Autoren, die mit den Erfolgen dieses Verfahrens zufrieden sind, führen wir an: Hugues, Baudouin, Mc Shane, Poenaru, Franclin (347, 348).

Eine weitere Vereinfachung hat die Kirstein'sche Autoskopie im Laufe des letzten Jahres durch die Bemühungen ihres Erfinders erfahren. Das zuletzt von diesem empfohlene Instrument hat die Gestalt eines verlängerten und an seinem Ende passend umgebogenen Zungenspatels. Wróblewsky (223) giebt der Ueberzeugung Ausdruck, dass diese Methode eine überaus werthvolle Bereicherung der laryngologischen Technik bedeuten werde. Nicht ganz so günstig lautet das Urtheil von E. Meyer (238), der nach ausgedehnten Versuchen zu dem Schlusse kommt, dass die Methode nur in etwa einem Fünftheil der Fälle gleich beim ersten Versuch gelinge, und dass man nur in einem Zwölftheil der Fälle mittels derselben den ganzen Kehlkopf übersehen könne. Auch die Unbequemlichkeit für den Patienten, die bei der Einführung des Kirstein'schen Instrumentes grösser ist als bei der des altgewohnten Kehlkopfspiegels, steht nach Meyer's Meinung der allgemeinen Anwendung dieser Untersuchungsmethode im Wege. Zur Diagnose von Bewegungsstörungen hält er die Autoskopie für unbrauchbar. Dahingegen scheint sie ihm für die Untersuchung der hinteren Kehlkopfwand und der Trachea von Vortheil zu sein. — Katzenstein (Archiv für Laryngologie, IV. Bd. S. 179) hat ein durchaus handliches Instrument, von ihm Orthoskop genannt, construirt, mit dem es ohne Schwierigkeit gelingt, das Bild des Kehlkopfes in aufrechter Stellung zu zeigen.

Frankenberger (69) hat die Köhler'schen Versuche über die Bedeutung plötzlicher Trachealstenosen an Hunden nachgeprüft und kommt zu denselben Resultaten wie Köhler. Der einzige Unterschied zwischen beiden Versuchsreihen bestand darin, dass die Hunde wesentlich widerstandsfähiger waren, wie die von Köhler benutzten Kaninchen. — Einige Fälle von Bronchitis fibrinosa beschreiben Sequeira, Koch (69). — Ueber eine Bronchostenose, die mit glänzendem Erfolge catheterisirt wurde, wird von Seifert (229) berichtet. Krönig (230) zeigt ein ähnliches Präparat syphilitischen Ursprungs. — Das Sectionspräparat einer Bronchusruptur wird von Mackenzie (69) demonstrirt. Eigenthümlich ist an diesem Fall, dass die Zerreissung nicht etwa durch einen Rippenbruch bedingt war. — Einen seltenen Fall von primärer Peribronchitis trachealis führt Polyák (192) vor; trotz der negativen Anamnese und negativer Befunde der Lunge nimmt er als Ursache der Erkrankung Tuberculose an. — Klausner (200) bespricht die Differentialdiagnose zwischen Tracheocele und Blähkropf; die erstere entsteht seiner Ansicht nach aus Ueberbleibseln von Kiemengängen und aus sackförmigen

Erweiterungen der Schleimdrüsen oder unter dem Einfluss eines Trauma's. Die plötzliche Volumenszunahme des Halses wird hier durch die Gewalt des exspiratorischen Luftstromes bedingt. Beim Blähkropf dagegen handelt es sich um eine Vergrösserung durch stärkere Füllung der Blutgefässe. Da diese sich auch gewöhnlich unter ähnlichen äusseren Verhältnissen, wie sie bei einer Tracheocele eine Rolle spielen, geltend macht, z. B. beim Pressen, beim Heben schwerer Lasten etc., so ist die Diagnose oft genug schwierig zu stellen.

F. Schilddrüse.

Von einschneidender Bedeutung für die Erforschung der Functionen der Schilddrüse war die Entdeckung Baumann's, der das Jod als den wirksamen Körper des Schilddrüsensecretes erkannte. Der Einwand Gottlieb's (554), der angiebt, dass das von Baumann gefundene Thyrojodin nicht im Stande sei, thyreoidectomirte Thiere am Leben zu erhalten, dass also in der Schilddrüse mehr als eine wirksame Substanz enthalten sein müsse, wird zurückgewiesen von Hofmeister (554), der bei 2 Kaninchen die nach totaler Thyreoidectomie aufgetretene Tetanie durch Thyrojodin beseitigen konnte. — Die Physiologie der Schilddrüse und ihrer Nebendrüsen wird behandelt von Blumreich und Jacoby (554). Diese Autoren kommen in mancher Beziehung zu Schlüssen, die von den bisher allgemein anerkannten Ansichten abweichen. So halten sie z. B. die Cachexie keineswegs für eine regelmässige Folge der Thyreodectomie. — Catner (70) und Revilliod (181) sind geneigt, den von Johnston und Murray (s. Jahresbericht Bd. 11, S. 1044) geltend gemachten Gegensatz zwischen dem Morbus Basedowii und dem Myxoedem anzuerkennen. Revilliod glaubt, dass das Thyreoproteid das toxische Abfallsproduct des innerorganischen Stoffwechsels darstellt, welches den Thyreoproteidismus, d. h. das Myxoedem erzeugt, wenn es nicht vom Schilddrüsensaft neutralisirt wird. Wird dagegen so viel Schilddrüsensaft erzeugt, dass die Masse des Thyreoproteids nicht ausreicht um denselben zu binden, so zeigen sich die toxischen Folgen hiervon in der Gestalt des Morbus Basedowii. Des weiteren tritt Revilliod dafür ein, dass alle hämopoetischen Drüsen in einer sich gegenseitig ergänzenden Wechselbeziehung unter einander stehen. Dem Fischthran und dem Natron phosphoricum wird ein günstiger Einfluss auf die Basedow-sche Krankheit nachgerühmt. — Morin (70) kommt zu ähnlichen Schlüssen betreffs der gegenseitigen Beeinflussung des Thyreoproteids und des Schilddrüsensaftes. Die Beobachtung, dass tuberkulöse Individuen sehr oft eine Atrophie der Schilddrüse zeigen, veranlasste ihn, derartige Kranke mit Schilddrüsenpräparaten zu behandeln. Demgegenüber macht Jonquière (70) unter Bezugnahme auf eine Arbeit von Lang darauf aufmerksam, dass diese Methode durchaus nicht unbedenklich sei, weil auf Grund einiger von Lang angestellter Untersuchungen die Befürchtung nahe liegt, dass die Einverleibung derartiger Präparate zu einer weiteren Destruction der Drüse führen könne. — Gibson (72) ist in Uebereinstim-

mung mit Greenfield der Meinung, dass die meisten Symptome des Morbus Basedowii durch eine excessive Steigerung der Secretion des Schilddrüsensaftes bedingt sind. — Ballet und Enriquez (295) haben durch Einbringung der Schilddrüse und ihrer Präparate in den thierischen Organismus die Erscheinungen der Basedow'schen Krankheit erzielt. Sie betrachten die Hyperthyreoidisation als Vorbedingung, auf Grund deren erst die Erkrankung der verschiedenen Nervencentren eintritt, in welcher die Erklärung für die verschiedenen Symptome des Morbus Basedowii zu suchen ist. — Masoin (71) fand, dass der Oxyhämoglobingehalt des Blutes durch Einverleibung von Schilddrüse vermehrt, durch Exstirpation derselben vermindert wird.

Buschan (73), Fürst (73) bekämpfen die Theorie von Lemcke (73), welcher annimmt, dass der Morbus Basedowii im Grunde auf einer Affection der Muskeln beruhe. Buschan glaubt, dass es neben der genuinen Form dieser Erkrankung, in der er eine Schädigung der höheren nervösen Centren sieht, eine secundäre Form gäbe, die von den verschiedenen Theilen des Körpers aus reflectorisch hervorgerufen werden könne, unter anderen auch durch eine Erkrankung der Schilddrüse. — Der Reichthum des Trinkwassers an Calcium- und Magnesiumcarbonaten, der von Morris (294) für die Entstehung des Kropfes verantwortlich gemacht wird, ist nach der Meinung von Munson (294), ebenso wie Höhenlage und Klima, ohne jede ursächliche Bedeutung für dieses Leiden. Seiner Meinung nach spielen hierbei vielmehr ungesunde Umgebung, depressive constitutionelle Affectionen, ungeeignete stickstoffreiche Nahrung, Geschlecht, Pubertät und Heredität eine wesentliche Rolle. — Bienfait (180) glaubt an die Existenz eines bulbären Centrums, durch dessen Läsion, sei dieselbe nun durch Autointoxication oder durch Beeinflussung höherer Centren gesetzt, die Basedow'sche Krankheit bedingt werde. — West (74) will die Erscheinungen von Seiten des Herzens während der Basedow'schen Krankheit in der Mehrzahl der Fälle auf Rechnung eines vorangegangenen Gelenkrheumatismus geschrieben sehen. — Theilhaber (297) bespricht die Wechselbeziehungen zwischen diesem Leiden und den Veränderungen der weiblichen Genitalorgane, die sich gegenseitig, und zwar immer in ungünstigem Sinne, beeinflussen. — Die Complication der Basedow'schen Erkrankung mit Augenkrankheiten werden erörtert von Jessop (357). — Bowlby (72) theilt die Geschichte eines intrathoracischen Cystenkropfes mit, der bei jedem Hustenstosse aus dem Innern der Brusthöhle über den Rand des Sternums emporgeschleudert wurde. — Gelegentlich einer Demonstration von Edmunds (356) wurde über den Begriff der accessorischen Schilddrüse verhandelt. Berry und Butlin (356) glaubten, dass man drei Arten derselben unterscheiden könne: 1. diejenige, die von der Hauptdrüse durchaus getrennt liegt, 2. diejenige, die noch durch ein Stück Kapsel mit der Hauptdrüse zusammenhängt, und 3. diejenige, die in der Drüse selbst entspringt und erst nachträglich gestielt wird. — Galliard (20) und Bradshaw (294) sahen acute Entzündungen der Schilddrüse. In dem Falle von Galliard war dieselbe in der Reconvalescenz nach einer Influenza entstanden. — Für die Frage, in wie weit ein operatives Eingreifen bei der Struma gerechtfertigt sei, ist wohl von hervorragender Bedeutung die Ansicht von Kocher (294), der bei einem Material von 900 partiellen Kropfoperationen nur einmal Cachexia strumipriva erlebt hat. In

diesem Falle handelte es sich um eine halbseitige Exstirpation, bei der sich die zurückgelassene Hälfte nachträglich als atrophisch erwies. — Drobnik (180) vertritt den Standpunkt, dass eine operative Behandlung der Struma bei Morbus Basedowii überhaupt nur dann gerechtfertigt sei, wenn dieselbe durch ihre Grösse oder ihre Lage das Leben bedroht oder wenn zwingende Gründe dafür sprechen, dass die krankhaften Erscheinungen zum wesentlichen Theil reflectorisch durch die Vergrösserung der Schilddrüse bedingt sind. — Dass durch eine Verkleinerung der Thyreoidea eine Besserung bei der Basedow'schen Krankheit erzielt werden kann, dafür spricht die Mittheilung von Berndt (506) und Mc Cosh (453). Der Letztere beobachtete nach der Operation einen wesentlichen Rückgang der Zahl der rothen Blutkörperchen. — Koch (21) erzielte einen Schwund der Struma bei Basedow'scher Krankheit durch Unterbindung der vier Arteriae thyreoideae. Die nervösen Erscheinungen, die diese Krankheit begleiteten, wurden durch den Eingriff in keiner Weise beeinflusst. — Moricet (21) verwirft die Totalexstirpation bei Struma wegen der damit verbundenen Gefahren vollständig; die partielle Entfernung der Drüse hält er dagegen für gerechtfertigt. — Zu ähnlichen Anschauungen bekennt sich Durand (128). — Von Interesse ist eine Mittheilung von Ashmead (126), der berichtet, dass gewisse Indianerstämme, bei denen der Kropf endemisch sei, Seetang zur Heilung benutzen, also eine Jodtherapie in ursprünglichster Form. — Eine eingehende Discussion über die chirurgische Behandlung von Cysten, Adenomen und bösartigen Neubildungen der Schilddrüse wurde durch einen Vortrag von Butlin (295) angeregt, in der alle Punkte, die von operativem Interesse sind, von den Chirurgen der British Medical Association eingehend erörtert wurden.

Von der Schilddrüsenfütterung sah Knoepfelmacher (358) guten Erfolg bei parenchymatöser Struma, dieselbe versagte aber bei colloiden Kröpfen; ähnlich lautende Berichte über diese Therapie stammen her von Marie (399), Angerer (399) und Stabel (400, 505). Stabel zog den Gebrauch frischen Drüsengewebes allen künstlichen Präparaten vor. — Getrocknete Schilddrüsen empfiehlt aufs Wärmste Fletcher Ingals (460). — Einen Misserfolg bei der Verabreichung von Thyreoidinpillen gegen Morbus Basedowii hatte Lemche (21) zu verzeichnen. — Lanz (22) fand, dass die Schilddrüse vom Schwein ebenso gut wirke als die vom Schaf und Rind. Subcutane Injectionen waren bei Thieren von viel intensiverem Erfolg als eine Verfütterung der Präparate. Bei jeder Art der Verabreichung aber liess sich eine cumulative Wirkung constatiren. — Jonquière (23) war gleichfalls mit den Resultaten, die er durch Verabreichung von Schweinsschilddrüse gewann, sehr zufrieden. — S. Fraenkel (359) stellte aus der Schafsschilddrüse eine krystallinische Substanz dar, die sich bei experimenteller Verfütterung ebenso wirksam erwies, wie die Schilddrüsensubstanz selbst. — Bei Hautkrankheiten wurden Schilddrüsenpräparate vielfach angewendet. In Fällen von diffuser Sklerodermie sahen Marsh (22) und Stieglitz (128) wesentliche Besserung. — Van der Hoeven jr. (129) konnte bei Ichthyosis und Prurigo einen auffallenden Erfolg durch diese Therapie erzielen, während dieselbe in vier Fällen von Psoriasis vollkommen versagte. Die Resultate, die bei Demenz durch Schilddrüsenverfütterung erreicht wurden, waren wenig ermuthigend. Dies-

bezügliche Mittheilungen stammen von Clarke (182), Hertoghe (295), Knöpfelmacher (358) und Reinhold (358). — Bei Ueberfütterungsfettsucht konnte v. Noorden (128) durch Verabreichung von Schilddrüsenpräparaten keinerlei Einfluss ausüben. Dahingegen wurden bei Myxoedem anscheinend in der überwiegenden Zahl der Fälle wesentliche Besserungen erzielt. Diesbezügliche Mittheilungen rühren her von Alland (183), Jannin (401), Ewald (129) und Vermehren (296). In der Arbeit des letztgenannten Autors findet sich eine ausführliche Besprechung der Physiologie der Schilddrüse und der Pathogenese des Myxoedems; des ferneren werden daselbst die Resultate von Stoffwechseluntersuchungen bei Myxomatösen und Gesunden unter dem Einfluss der Thyreoid-Fütterung mitgetheilt. — Neuerdings werden zur Behandlung des Kropfes von Neuem parenchymatöse Jodoform-Injectionen von Galee (294), Rosenberg (412) und Herzfeld (412) empfohlen.

G. Oesophagus.

Hirschsprung (232) berichtet über zwei Fälle, in denen angeborener Verschluss der Speiseröhre vorlag. — v. Hacker (509) beschreibt die von ihm bei der Oesophagoskopie geübte Technik. Er benutzt seit einer Reihe von Jahren das Mikulicz-Leiter'sche Oesophagoskop unter Verwendung von Mignonglühlämpchen. — Pulsionsdivertikel der Speiseröhre werden erwähnt von Klemperer (232) und Pfister (403); dem letzteren gelang es sogar intra vitam einen derartigen Fall zu diagnosticiren. — Newton Pitt (454) demonstrirt ein Präparat, das ein Carcinom im Innern eines Oesophagusdivertikels zeigte. — Petersen (23) rühmt die Vortrefflichkeit der Kraske'schen Methode zur Erweiterung von Oesophagusstricturen. Bei einem Patienten mit hochgradigster Strictur gelang es nach vieler Mühe, ein Schrotkorn durch eine Schluckbewegung durch den Engpass zu treiben. An diesem Schrotkorn war ein Faden befestigt, der durch die Magenfistel herausglitt und in Verbindung mit einer Kraske'schen Olive gesetzt werden konnte. Nachdem No. 28 der Oliven hindurchgeführt war, gelang die Sondenbehandlung von oben her. — Auch Lennander, Rovsing (130) und Roberts (298) berichten Fälle, in denen sie hochgradige Narbenstricturen der Speiseröhre zur Heilung brachten. — Ueber verschluckte und im Oesophagus festgekeilte Fremdkörper liegen zahlreiche Berichte vor, von denen hier erwähnt seien die Arbeiten von Denekamp, Fogh, Archander (75), Taylor (129), Allen (183), Gevaert (184), Silver (297). — Die Redaction der New York Medical Record (297) räth zur Entfernung kleiner, schwer extrahirbarer Fremdkörper nach Verabreichung grösserer Mengen von Milch Vomitus-Bewegungen zu erzeugen. Die compacte Masse der mittlerweile geronnenen Milch soll des öfteren die Fremdkörper beim Auswerfen mit heraus befördern. — Fedorow (403) giebt eine Statistik von 162 Fällen, darunter 3 eigne, bei denen die Extraction des Fremdkörpers nach der Operation gelang.

H. Instrumente, Medicamente und Therapie.

Es werden empfohlen:

Nasen-Obturator und -Inhalator von Kafemann (4);
selbsthaltendes Nasenspeculum von Dees (4), Goldstein (535);
Bohrer zur Eröffnung der Stirnhöhle und der vorderen Siebbeinzellen von Palmer (7);
Tonsillotom von Roper (10);
Conchotom von Milbury (535);
gläserne Schornsteincanüle von Kümmel (19);
Leitinstrument für die Trachealcanüle von Hupp (20);
Extractor zur Entfernung der Intubationsröhren von Dillon Brown (20);
Gypsmodelle für die Nase von Betz (43);
Schwammhalter für Halsoperationen von Hewetson (52);
Schemata für das Spiegelbild des Kehlkopfes von Sikkel, Burger (65);
Messer zur Behandlung der Septumverbiegungen von Moldenhauer (85), Goldstein (269);
hermetisch verschlossene Druckpumpe zur Durchspülung der Nase, bei deren Gebrauch die Gefahren einer complicirenden Ohrerkrankung verringert werden von Ziem (104);
Zungenspatel von Dowding (213);
Curette für die Zungentonsille von Winckler (213);
Curette für adenoide Vegetationen von Treitel (238);
electrische Stirnlampe von Kirstein (263);
Verbesserung des galvanokaustischen Handgriffes von Schleicher (263, 405, 407);
Nasensäge von Dudley Young (269);
sterilisirbarer Kehlkopfspiegel von Chiucini (293);
Kehlkopfspritze zur submucösen Injection von Rinck (293);
Vergrösserungslaryngoskop von Hodgkinson (310);
Autolaryngoskop von William Hill (310);
gedeckter Aetzmittelträger von Dudley Young (366);
Schlingenschnürer für die Nase von Réthi (481), Boyd (534);
Tracheotomiecanüle von de Santi (569).

Antiphthisin (Klebs) gegen Tuberkulose von Gabrilowitsch (3).
Wasserstoffsuperoxyd zur Desinfection der Mund- und Nasenhöhle von Rohrer (3), gegen Nasenerkrankungen von Ottenfeld (479).
Calomel gegen acute Laryngitis von Dickinson (16).
Guajacol als locales Anaestheticum von Laurens (366), für intralaryngeale Injectionen, ebenso wie das Menthol, von Campbell (20).
Sulforicin-Phenol gegen Kehlkopftuberkulose von Ruault (234).
Tussol von Rothschild (475).

Chlornatrium, in die Nase eingeblasen, gegen Trigeminusreizung etc. von Capp (477).

Gegen Diphtherie werden empfohlen: Nuclein (subcutan) von Mount Bleyer (15); Citronensäure von Bloch (15); Pilocarpin von Sziklai (345, 546); Schwefel mit chlorsaurem Kalk von Pressel (546).

Gegen catarrhalische Zustände der oberen Luftwege werden empfohlen: Nosophen von Koll (100); Pinapin von Parsons (100); Menthol-Campher von Bishop (100); Guajacol von Foster (379).

Heidelbeerendecoct räth Winternitz (335) bei Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle, Rhagaden der Zunge und Leukoplakie.

Gegen die localen Nasenmedicamente eifert Hubbard (101), weil dieselben die Heilung verzögerten und mit allgemein chirurgischen Principien nicht in Einklang zu bringen seien.

Den schädlichen Einfluss, den die Einathmung von Salicylsäure auf die Athmungsorgane ausübt, schildert Ebstein (475).

Gegen die unangenehmen Erscheinungen, die durch den Gebrauch von Jod bedingt werden, empfiehlt Cohen (261) einen Zusatz von Tinctura Belladonnae.

Cocainvergiftungen durch den übermässigen Gebrauch von Cocain-Schnupfpulver beobachteten Finkelnburg (101), Löwenberg (321), Grassmann (366).

v. Takács (116) hält die Wirkung aller Gargarismen bei der Diphtherie für illusorisch, weil nur in den seltensten Fällen die Gurgelung dorthin gelange, wohin sie gelangen soll. Er rühmt die interne Verabreichung von Kali chloricum mit Quecksilberjodür.

Anderson (366) empfiehlt dampfförmige Medicamente als Ersatz für die Gurgelwässer.

Lassar (149) behandelt rothe Nasen mittelst eines von ihm angegebenen Punctionsinstrumentes, das durch einen Electromotor getrieben bei jedem Stoss 40 Nadeln in Bewegung setzt.

Die Electrovibrationsmassage mittelst eines neu angegebenen Instrumentes wird für verschiedene Erkrankungen in Hals, Nase und Ohr warm empfohlen von Freudenthal (268).

Czerny (322) bildet bei der Eröffnung der Stirnhöhle einen Knochenlappen, der nach der Ausheilung des Empyems als Deckel über die Höhle geklappt wird. Bei der Operation der Sattelnase bildet er einen Nasenrücken aus dem knorplig-knöchernen Seitendach der Nase.

Briefkasten.

Das Jubiläum B. Fränkel's.

Am 17. November feierte Herr Geheimer Medicinalrath Prof. Dr. B. Fränkel seinen 60. Geburtstag und sein 25jähriges Docentenjubiläum. Es wurde ihm an diesem Tage eine grosse Zahl von Ehrungen zu Theil. Geheimrath Althoff überbrachte im Namen des Cultusministers die Glückwünsche des Ministeriums, die Generalärzte von Coler und Grassnick die der Kaiser Wilhelms-Akademie. Weiter waren Abordnungen erschienen seitens der Berliner medicinischen Gesellschaft, des Vereins für innere Medicin und der ärztlichen Centralhilfskasse. Sodann überreichte A. Rosenberg eine Festschrift, an der neben vielen Berliner Laryngologen solche fast aller europäischen Länder sowie Amerika's sich betheiligt haben. Landgraf gratulirte im Namen der Berliner laryngologischen Gesellschaft, P. Heymann in dem aller deutschen Docenten der Laryngologie. E. Meyer überreichte im Namen der Assistenten der Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke eine Mappe mit Bildern, die den Betrieb der Poliklinik in verschiedenen Abtheilungen und Stadien darstellen. Auch die Praktikanten und Zuhörer des Jubilars hatten eine Deputation abgeordnet. Endlich brachte eine grössere Reihe hiesiger Professoren und renommirter Aerzte, unter denen vor allen Dingen Moritz Schmidt genannt sei, ihre Glückwünsche dar.

Auch wir wollen bei dieser Gelegenheit nicht verabsäumen, dem um die Laryngologie so hochverdienten Jubilar unsere herzlichsten Glückwünsche auszusprechen.

Personalveränderungen des Centralblatts.

Mit dem Schlusse dieses Jahrganges vollziehen sich mehrere Personalveränderungen im Kreise der Mitarbeiter unseres Blattes. Zu unserem lebhaften Bedauern sehen sich die Herren Góngora, Luc und Lunin durch Zunahme anderweitiger Thätigkeit gezwungen, ihre ständige Mitarbeiterschaft aufzugeben. Ihnen allen sei unser herzlicher Dank für ihre treue, vieljährige Hülfe dargebracht. An ihrer Stelle sind die Herren Ricardo Botey (Barcelona), Paul Raugé (Challes) und P. Hellat (St. Petersburg) in den Kreis unserer ständigen Mitarbeiter eingetreten.

Georg Lewin †.

Am 1. November 1896 verschied ganz plötzlich im 70. Lebensjahre zu Berlin der Geh. Medicinalrath, Prof. Dr. Georg Lewin, einer der Pioniere der Laryngologie, dessen Name freilich unserer jüngeren Generation nicht so geläufig als der eines engeren Fachgenossen sein dürfte, als er es der älteren war. Denn nachdem Lewin unter den rührigsten Aposteln der Laryngoskopie sich hervorgethan und

bereits im Jahre 1863 seine „Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs“ (Berlin, Aug. Hirschwald) veröffentlicht hatte, ging er zur Dermatologie und Syphilodologie über, in welchen Zweigen er sich, wie unsere Leser wissen, einen Weltruf erworben hat. Ist ihm doch die Einführung der subcutanen Sublimatinjectionen zu danken. Daneben aber blieb er seiner alten Liebe für die Laryngologie treu, und seiner Studie über die Syphilis des Kehlkopfs (Charité-Annalen 1880), die zu den klassischen Arbeiten über diese Frage gehört, kam seine vollständige Beherrschung beider Disciplinen in seltener Weise zu statten. Auch später betheiligte er sich oft an laryngologischen Discussionen in medicinischen Gesellschaften und war, nach einem ganz kürzlich an den Herausgeber des Centralblatts gerichteten Schreiben zu schliessen, zur Zeit seines Todes wiederum an einer Arbeit über die Syphilis des Kehlkopfs thätig. Lewin's Name wird stets unter denen der Pioniere der Laryngologie genannt werden.

Personalia.

Dr. E. Baumgarten hat sich als Privatdocent für Laryngologie an der Universität in Budapest habilitirt. (Ann. des mal. de l'oreille etc.)

Die italienischen Laryngologen beabsichtigen, dem Prof. E. de Rossi (Rom) anlässlich seines 25jährigen Docentenjubiläums eine Festschrift zu widmen. (Ann. des mal. de l'oreille etc.)

Eine Bitte.

Diejenigen Herren Collegen, welche über „Adenoide Wucherungen“ etwas geschrieben haben, werden gebeten, darüber Mittheilungen gütigst an Dr. Laaser (Insterburg, Ostpreussen) gelangen zu lassen, da selbiger ein möglichst vollständiges Literaturverzeichniss im Anschluss an eine Arbeit; „Die adenoiden Wucherungen, ihre Folgezustände und ihre Beziehungen zum Gesammtorganismus“ herausgeben will.

Ergebenst Dr. Laaser.

Watson Cheyne's „Objects and Limits of Operations for Cancer“.

In der Septembernummer des Centralblatts von diesem Jahre wurden die Lettsom-Vorträge des bekannten englischen Chirurgen Watson Cheyne „Ueber den Zweck und die Grenzen der Operationen beim Krebs“ aufs Wärmste zum Studium im Original empfohlen (pp. 437—439). — Wir wollen nicht verfehlen mitzutheilen, dass dieselben nunmehr in Buchform unter obigem Titel bei Messrs. Baillière, Tindall u. Cox, 20 King William Street. Strand, WC. London, erschienen sind.

Namen-Register.*)

*) Die fett gedruckten Zahlen hinter den Autornamen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, während die dünn gedruckten auf Citate seiner Ansichten, Theilnahme an Discussionen etc. etc. sich beziehen.

C.

D.

H.

J. I.

K.

N.

T.

U.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I. J.

L.

M.

O.

P.

R.

S.

U.

